



Pauliina Näppilä & Eveliina Tyrväinen

SUUHYGIENISTIN KLIININEN TYÖNKUVA

Kyselytutkimus suuhygienistien kliinisistä toimenpiteistä ja työnjaosta Suomessa

SUUHYGIENISTIN KLIININEN TYÖNKUVA

Kyselytutkimus suuhygienistien kliinisistä toimenpiteistä ja työnjaosta Suomessa

Pauliina Näppilä & Eveliina Tyrväinen
Suuhygienistin kliininen työkuva
Syksy 2016
Suun terveydenhuolto
Oulun ammattikorkeakoulu

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Programme in Dental Health Care

Author(s): Näppilä Pauliina, Tyrväinen Eveliina
Title of thesis: Clinical work profile of dental hygienist
Supervisor(s): Keckman Anne, Korteniemi Anne
Term and year when the thesis was submitted: Autumn 2016 Number of pages: 82 + 10

Oral health care in Finland is struggling with growing number of patients. The structural change of health and social services is also about to be fulfilled. The division of labor between dentists and dental hygienists has been suggested to be one solution to shorten the queues for treatment. The division of labor with the structural change of health and social services aims at efficiency and impressiveness. There is no present real-time statistics about the job description of dental hygienists in Finland. Present estimation is that dental hygienist accomplishes only a fraction of all of the tasks they have the right to accomplish. The matters mentioned above, lead us to choose this topic for the thesis. Our cooperation partners are Finnish Association of Dental Hygienists FADH and Suun Terveysterveysten Ammattiliitto STAL registered association.

The aim of the study was to gain knowledge to develop education, working life and to continue studies around this subject. The purpose was to create updated statistics of the tasks performed in practice. The study provides information about the current state of the profession of dental hygienists. The study formed around two research questions: "What are the clinical tasks that dental hygienists accomplish in practice?" and "What do dental hygienists think about the division of labor between dentists and dental hygienists?"

Quantitative research method was used in the thesis. In the study, instructions developed by Finnish Association of Dental Hygienists FADH, were used as a guideline to formulate the questionnaire. The questionnaire was formed by using Webropol-program and it was sent to 2009 dental hygienists around Finland. It gained 309 answers from the dental hygienists who spend more than half of their weekly working hours doing clinical tasks.

Clinical tasks of dental hygienists vary depending on working environment and employer. Periodontal therapy and cariology are the most common clinical tasks accomplished. The dental hygienists who worked in private sector had limited working profile compared to the ones working in public sector. According to the results, the division of labor could be improved especially in orthodontics, prosthodontics and oral surgery. Dental hygienists are keen to perform diverse clinical tasks to activate their occupational skills and competence. Results achieved can be reclaimed in future investigations. The division of labor between dental hygienists and dentists could be the subject of further studies in the matter. The answers in open questions revealed themes that could be used as material for future thesis.

Keywords: Dental hygienist, Clinical tasks, Division of labor, Job description

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	SUUHYGIENISTIN KOULUTUS JA KLIININEN OSAAMINEN	8
2.1	Suuhygienistin koulutus	9
2.2	Suuhygienistin kliininen työnkuva ja työympäristöt	14
3	SUUHYGIENISTIN ERIKOISALAT JA TYÖNJAKO TYÖYHTEISÖSSÄ	18
3.1	Suuhygienistin kliiniset työtehtävät erikoisaloittain	18
3.2	Työnjako suuhygienistin ja hammaslääkärin välillä	27
3.3	Suun terveydenhuollon tulevaisuuden näkymät	29
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
5	TUTKIMUSMETODOLOGIA	34
5.1	Tutkimuksen kohdejoukko	34
5.2	Mittarin laadinta ja aineiston keruu	35
5.3	Aineiston analyysi	38
6	TUTKIMUSTULOKSET	40
6.1	Vastaajien taustatiedot	40
6.2	Tulokset erikoisaloittain	42
6.3	Työnjakoa koskevat kysymykset	53
6.4	Eroavaisuudet yksityisen ja julkisen sektorin välillä	58
7	TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET	63
8	POHDINTA	69
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	70
8.2	Kyselytutkimuksen arviointi	72
8.3	Ammatillinen kasvu ja opinnäytetyöprosessi	74
	LÄHTEET	78
	LIITTEET	83

1 JOHDANTO

Suurimpia suun terveydenhuollon haasteita tällä hetkellä ovat suuri potilasmäärä ja sosioekonomiset erot potilasryhmien välillä. Tulevan sosiaali- ja terveysalan rakennemuutoksen tuomia mahdollisuuksia suun terveydenhuollossa on kehittää potilaiden omahoitoa ja kiinnostusta suun terveydestä. Palvelujen tehokkuutta ja saatavuutta voidaan parantaa kehittämällä resurssien ja osaamisen käyttöä julkisen ja yksityisen sektorin välillä. (STM 2013, 9.) Hallituksen esityksen mukaan jo tehdyllä työnjaolla on pyritty resurssien kohdentamiseen sekä palvelujen turvaamiseen (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 61/2009 1:1.1.).

Julkiselle terveydenhuollolle tuo paineita myös talouden taantuma, sekä vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuulaki. Toimiva yhteistyö sekä tehtävien jakaminen hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä ovat avaimia hyvään työnjakoon. Toimivaa työnjakoa on suun terveydenhoidossa esitetty myös yhdeksi ratkaisuksi kasvaneeseen kysyntään. (Lilja-Lepistö, Heikka & Virtanen 2015, 24.) On tutkittu, että Suomessa suuhygienistit tekevät 49.9 % kliinisestä työajastaan hammaskiven poistoa (Tseveenjav, Virtanen, Wang, Widström 2009, viitattu 3.10.2016). Suuhygienistit voisivat osaamisensa puolesta tehdä nykyisen 30 prosentin sijaan 70 prosenttia kaikista lasten ja nuorten toimenpiteistä. Aikuisten toimenpiteistä suuhygienistit voisivat sen sijaan suorittaa 40 prosenttia nykyisen 10 prosentin sijaan. (Widström & Seppälä 2014. Viitattu 3.10.2016.)

Aihetta on hiljattain tutkinut haastattelututkimuksen muodossa myös Niemelä (2016) Oulun Ammattikorkeakoulusta. Hänen tutkimuksensa tulokset osoittavat, että suuhygienistien työnkuva tulee kehittymään tulevaisuudessa ja terveyden edistämiseen tulee kiinnittää entistä enemmän huomiota. Niemelän (2016) tutkimuksen mukaan työnjaon uudistamisella pyritään tehostamaan toimintaa ja vastaamaan suun terveydenhuollon palveluiden kasvavaan kysyntään. Niemelän tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan, että työnjaon lähtökohtana täytyisi toimia ajatus, jonka mukaan suuhygienisti on suun terveyden edistäjä ja ylläpitäjä. Hammaslääkärin puolestaan tulisi hoitaa sairautta, eli tehdä korjaavaa hoitoa.

Jotta työnjakoa työyhteisöissä voidaan kehittää ja edistää, tarvitaan tietoa siitä, mitä suuhygienisti tekee ja mitä suuhygienistien koulutukseen sisältyy. Halusimme luoda ajankohtaista tutkimustietoa aiheeseen liittyen, sillä tämänhetkistä tietoa oli vähän saatavilla. Toteutimme tutkimuksemme kvan-

titatiivisena kyselytutkimuksena. Pohjana kyselytutkimuksellemme käytimme Suomen Suuhygienistiliiton ohjeistusta (Hentunen, Huurinainen, Joutsennniemi, Kirjavainen & Korpisaari 2012, Viitattu 3.10.2016). Ohjeistuksen pohjalta loimme kysymystemme aihealueet, jotka koskevat suuhygienistien työtehtäviä kariologian, parodontologian, ortodontian, protetiikan, sekä suukirurgian ja parentafysiologian alueilta. Jätimme pois suuhygienistien muut työtehtävät, sillä selvitimme ainoastaan suuhygienistin kliinistä työnkuvaa. Emme myöskään huomioineet vastaajien koulutus- tai työkokemustaustaa. Sen sijaan kohdensimme kyselyn kaikille kliinistä työtä tekeville suuhygienisteille saadaksemme mahdollisimman kattavan aineiston kaikista työtehtävistä, joita suuhygienisti voi mahdollisesti tehdä lisäkoulutuksineen ja työkokemuksineen. Päädyimme kartoittamaan Webropol-kyselyn avulla Suomen kliinistä työtä tekeviltä suuhygienisteiltä vastausta siihen, mitä suuhygienisti oikeastaan tekee.

2 SUUHYGIENISTIN KOULUTUS JA KLIININEN OSAAMINEN

Suuhygienisti on terveydenhuollon laillistettu ja nimikesuojattu ammattihenkilö. Laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö on oikeutettu toimimaan asianomaisessa ammatissa ja käyttämään asianomaista ammattinimikettä. Nimikesuojattujen ammattihenkilöiden ammatissa voivat toimia muutkin henkilöt, joilla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito. Laillistetun ammattihenkilön tehtävissä voi tietyissä tapauksissa toimia tilapäisesti myös kyseiseen ammattiin opiskeleva kyseistä ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Opiskelijaan sovelletaan tällöin soveltuvien osien lakia terveydenhuollon ammattihenkilöstä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 2 §.) Suomessa oli Terveystieteiden ja hyvinvointivaltiosiön tilastoraportin (2015, 9) mukaan vuonna 2013 työllisiä suuhygienistejä 2063 ja työttömiä suuhygienistejä 57. Eläkkeellä on tilaston mukaan vuonna 2013 112 suuhygienistiä.

Suuhygienisti työskentelee julkisissa ja yksityisissä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmissä, ja on ammattikorkeakoulututkinnon suorittanut suun terveydenhoitotyön asiantuntijana. Suuhygienisti toimii itsenäisesti hänelle kuuluvan vastuunsa puitteissa potilaan hoidossa ja toteuttaa myös hammaslääkärin laatiman hoitosuunnitelman mukaista suun terveydenhoitotyötä. Suuhygienisti toimii moniammatillisessa työryhmässä perus- ja erikoissairaanhoidossa hoidettavan potilaan suun terveydenhoitotyön asiantuntijana. Suuhygienistin suun terveydenhoitotyöllä tarkoitetaan yksilön, ryhmän ja yhteisön tarpeista lähtevää suun terveyden edistämistä. (Opetusministeriö 2006, 93,94; Walsh & Darby 2014, 1.) Siihen sisältyy parodontologinen ja kariologinen infektiosairauksien ehkäisy, varhaishoito sekä suun terveyttä ylläpitävä ja suuhygienistin vastuualueen purentaelimen toimintaan liittyvä kuntouttava hoito. Suun terveydenhoitotyöllä edistetään yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä ja hyvinvointia. Suuhygienisti toimii eri-ikäisten, erilaisissa elämäntilanteissa olevien yksilöiden ja perheiden kanssa edistämällä ja tukien heidän itsehoitovalmiuksiaan. (Opetusministeriö 2006, 93,94.)

Suuhygienistin toimintaa ohjaavat yksilöiden ja erilaiset yhteisöissä ilmenevät suun terveydenhoitoon liittyvät tarpeet. Hän ennakoii suun terveydenhuollon muutoksia, arvioi niiden merkitystä omalla alallaan sekä kehittää suun terveydenhoitotyötä vastaamaan tulevaisuuden tarpeisiin. Suuhygienisti osaa hyödyntää ammatin harjoittamisessa ja suun terveydenhoitotyön kehittämisessä terveystieteiden lisäksi muiden tieteidenalojen tutkimustietoa, sillä hänen työnsä perustuu tutkittuun tietoon.

(Opetusministeriö 2006, 93, 94; Roos 2014b, viitattu 20.10.2016; Walsh & Darby 2014, 30.) Suuhygienistin työtä ohjaavat terveydenhuollon arvot ja hän noudattaa terveydenhuollon eettisiä ohjeita ja lainsäädännön normeja työssään (Roos 2014b, viitattu 20.10.2016). Suuhygienisti tuntee lähiammattien toiminta-alueen ja hänellä on joustavaan moniammatilliseen yhteistyöhön tarvittavat viestintä- ja vuorovaikutustaidot. Suuhygienistillä on taito kohdata tasavertaisesti eri kulttuureista tulevia ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Hänellä tulee olla kyky vastata potilaan tarpeisiin ottaen huomioon heidän kulttuuri- ja muun taustansa sekä voimavaransa ja mahdollistaa potilaan aktiivisen osallisuuden hoidossa. (Opetusministeriö 2006, 93, 94.)

2.1 Suuhygienistin koulutus

Suuhygienistin koulutus on laajuudeltaan 210 opintopistettä, ja opinnot kestävät 3,5 vuotta. Koulutus koostuu perus- ja aineopinnoista, harjoittelusta, vapaasti valittavista opinnoista, sekä opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä. Koulutus toteutetaan ammattikorkeakoululain mukaisesti. (Opetusministeriö 2006, 96–97.) Suuhygienistejä koulutetaan Oulussa, Kuopiossa, Turussa ja Helsingissä (Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry 2016, viitattu 20.10.2016; Suomen Terveydenhoidon Ammattiliitto STAL ry 2011, viitattu 20.10.2016). Seuraavana on taulukko, josta selviää alan keskeiset opinnot sekä vähimmäisopintopisteet. (Opetusministeriö 2006, 96–97.)

Taulukko 1. Suun terveydenhuollon koulutuksen keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. (Opetusministeriö 2006, viitattu 23.1.2016)

Keskeiset opinnot	Vähimmäisopintopisteet
Suun terveydenhuollon perus- ja ammattiopinnot	100 op
- Suun terveydenhoitotyön perusteiden opinnot, sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet, hoitofilosofia, kansanterveystieteen perusteet, suun terveydenhuollon perusteet	12 op
- Viestintä-, kommunikaatio- sekä informaatioteknologian opinnot	12 op
- Yhteiskunta- ja käyttäytymistieteelliset ja monikulttuurisuuden opinnot	8 op
- Työn ja ympäristön turvallisuuteen liittyvät opinnot	12 op
- Terveyden edistämisen ja suun terveydenhoitotyön opinnot, terveyden edistämisen teoreettiset perusteet ja menetelmät suun terveydenhoitotyön menetelmät, erityisryhmien suun terveydenhoito	12 op
- Hammaslääketieteelliset-luonnontieteelliset opinnot; anatomia, pään anatomia, fysiologia, mikrobiologia, patologia, ravitsemustiede, kariologia, parodontologia, ortodontia, purentafysiologia, suukirurgia, lääketiede	23 op
- Kivun lievitys, puudutus ja lääkehoito	6 op
- Intraorali- ja panoraama kuvantaminen ja turvallinen säteilynkäyttöopinnot / STM:n asetuksen 423/2000 § 25 mukaisen kuulustelun suorittaminen	6 op
- Tutkimus-kehittämis- ja johtamisopinnot	9 op
Ammattitaitoa edistävä harjoittelu	75 op
Opinnäytetyö ja kypsyysnäyte	15 op
Vapaasti valittavat opinnot, jotka tavoitteiltaan ja sisällöltään vastaavat suun terveydenhoidon ammatillista osaamista	3 op

Suuhygienistin osaamisvaatimukset on koulutuksessa jaoteltu neljään osa-alueeseen: terveyden edistämiseen, suun terveydenhoitotyöhön, työn ja ympäristön turvallisuuteen, sekä tutkimus- ja kehittämistyöhön ja johtamiseen. Terveyden edistämisen osa-alueella keskeisimmät sisällöt ovat terveyden edistäminen yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan näkökulmasta. Lisäksi osa-alueen keskeisiä sisältöjä ovat terveyden edistämisen tietoperusta, terveyden edistämisen toimintamallit ja menetelmät sekä väestön yleisterveys, että suun terveys. (Opetusministeriö 2006, 93–94.) Suuhygienistin koulutukseen perustuen hän hallitsee toiminnan alallaan ja tämänhetkiset tarpeet yksilön ja yhteisön suun terveyteen liittyen (Roos 2014b, viitattu 20.10.2016).

Terveyden edistämisen osa-alueelta suuhygienisti hallitsee suun terveyden edistämisen teoreettiset perusteet ja menetelmät, joiden avulla hän tukee ja edistää potilaan suun terveydenhoitoa-

miuksia. Suuhygienistin tulee osata arvioida valitsemiensa terveydenedistämis- ja hoitomenetelmien vaikuttavuutta potilaan suun ja muuhun terveyteen. Toiminnallaan suuhygienisti tukee potilaan tasavertaista ja aktiivista roolia oman terveytensä edistämisessä. Suuhygienisti hallitsee myös elämäntapoihin liittyvien terveyshaittojen teoreettiset perusteet ja terveyshaittojen vähentämiseen liittyvän ohjauksen. Suuhygienistin tehtäviin kuuluu lisäksi ohjata ja kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilaan suun terveydenhoitoon liittyvissä asioissa (Opetusministeriö 2006, 93–94; Walsh & Derby 2014, 2–3.) Suuhygienistin tulee omata valmiudet osallistua tarvittaessa yhteiskunnallisesta muutoksesta nousevaan yhteisölliseen ja yhteiskunnalliseen suun terveyden edistämiseen. (Opetusministeriö 2006, 93–94.)

Keskeiset sisällöt suun terveydenhoitotyön osaamisalueella ovat lääketieteelliset ja hammaslääketieteelliset perusteet, suun terveydenhoitotyön luonnontieteelliset perusteet sekä suun terveydenhoitotyöprosessi. Suun terveydenhoitotyön osaamisalueella suuhygienisti osaa hyödyntää terveystieteiden tutkimustietoa suun terveydenhoitotyössään. (Opetusministeriö 2006, 93–94.) Suuhygienistin tehtäviin kuuluu määrittää vastuualueensa suun terveydenhoitopotilaan suun terveydentila, tehdä suun terveystarkastus, laatia hoitosuunnitelma ja toteuttaa hoito sekä hoidon arviointi. Suuhygienistin tulee havaita muutokset suun limakalvoilla, normaalipurenta ja tavallisimmat poikkeamat purennassa. Dokumentointi suun terveydenhoitoprosessin eri vaiheissa ja tarvittavien kliinisten valokuvien otto sekä intraoraali- ja panoraamakuvat kuuluvat myös suuhygienistin osaamiseen. Lisäksi suuhygienisti osaa toimia turvallisen säteilykäytännön mukaisesti ja on suorittanut säteilyturvallisuuden perusteiden kuulustelun (Opetusministeriö 2006, 93–94; Roos 2014c, viitattu 20.10.2016).

Suuhygienisti konsultoi tarvittaessa suun terveydentilan määrittämisessä tulosten perusteella asiantuntijoita ja ohjaa potilaan jatkotutkimuksiin ja –hoitoon. Suuhygienisti hallitsee parodontologisten infektiotautien ehkäisyä, varhaisoidon sekä terveyttä säilyttävän ylläpitohoidon. Kariologian osa-alueelta suuhygienisti hallitsee infektiotautien ehkäisyä, varhaisoidon sekä terveyttä säilyttävän ylläpitohoidon. Suuhygienisti toteuttaa suunhoitovälineiden ja -tuotteiden käytön ohjausta ja osaa esteettisen suunhoidon menetelmien käytön suun terveydenhoitotyössään. Suuhygienisti osaa käyttää työssään farmakologista tietoa suun terveydenhoitotyössään ja omaa valmiudet suun terveydenhoitotyönsä vastuualueen kivunlievitykseen. (Opetusministeriö 2006, 93–94.)

Ortodonttisen hoidon osalta suuhygienisti hallitsee vastuualueensa tehtävät hoidon suunnittelussa, kohkehoidon aloituksessa, toteutuksessa sekä hoidon päättämisessä. Suuhygienisti osaa vastuualueensa purentafysiologisen hoidon periaatteet ja osallistuu suukirurgisen potilaan hoitoon sekä hallitsee pre-, peri- ja postoperatiivisen suukirurgisen hoitotyön. Suuhygienistillä on myös valmiudet osallistua proteettisen potilaan hoitoon ja hän osaa vastuualueensa tehtävät protetiikassa. (Opetusministeriö 2006, 94–95; Roos 2014c, viitattu 20.10.2016.)

Keskeiset sisällöt työn ja ympäristön turvallisuudessa ovat työhyvinvointi, työturvallisuus, terveydenhuollon tietojärjestelmät, tietoturva ja dokumentointi, aseptiikka suun terveydenhoidossa, ensiapu, suun terveydenhuollon laitteet ja turvallisuus, ympäristöterveydenhuolto sekä kestävä kehitys suun terveydenhoitotyössä. Suuhygienistin tulee osata huomioida työssään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät tekijät ja hallita työympäristöön liittyvät ergonomiset periaatteet. Suuhygienisti hallitsee myös asiakirjakäytänteet ja käyttää terveydenhuollon tietojärjestelmiä tietoturvan periaatteita noudattaen. Työssään suuhygienisti hyödyntää uutta teknologiaa ja noudattaa kestävä kehityksen periaatteita. Suuhygienisti osaa myös vastata vastaanoton toimintavalmiudesta ja aseptiikasta perus- ja erikoishoidossa. Suuhygienistillä on valmiudet toimia suun terveydenhoidon ensiaputilanteissa ja huolehtia vastaanoton lääkehuollosta vastuualueellaan. Suuhygienistin tulee myös osata käyttää potilaan hoidossa käytettäviä materiaaleja, laitteita ja koneita samalla turvaten työ- sekä potilasturvallisuuden. (Opetusministeriö 2006, 94–95.)

Keskeisiksi sisällöiksi tutkimus- ja kehittämistyössä ja johtamisessa on määritelty lähiesimiestyö suun terveydenhoidossa, suun terveydenhoitotyön kehittäminen, tutkimus- ja projektityön perusteet, moniammatillinen yhteistyö sekä kansainvälisyys. Suuhygienisti siis toimii suun terveydenhoitotyössä hoitohenkilökunnan lähiesimiestehtävissä ja omaa perusvalmiudet yrittäjyyteen (Roos, M. 2014a, viitattu 20.10.2016). Hän omaa perusvalmiudet henkilöstöjohtamisen tehtäviin ja osaa arvioida kriittisesti työtään ja lisäksi edistää työtään kehittävää tutkimusta. Suuhygienisti voi kehittää työssään suun terveydenhuollon toimintamalleja ja toiminnan laatua. Suuhygienistin tulee myös osata hyödyntää terveystalouden perustietoa työssään ja omaa myös perusvalmiudet tutkimus-, projekti- ja kehittämistyöhön. Suuhygienisti osaa toimia moniammatillisessa työryhmässä suun terveydenhoitotyön asiantuntijana, tuntee eri maiden suun terveydenhuollon järjestelmiä ja hänellä on tarvittava kielitaito kansainvälisessä yhteistyössä toimimiseen. (Opetusministeriö 2006, 95–96.)

Suuhygienistin jatko- ja täydennyskoulutusmahdollisuudet

Suuhygienistien jatko- ja täydennyskouluttautuminen on mahdollista esimerkiksi lisäkoulutuksilla, ammatillisilla kursseilla, ohjatuilla työpaikkakoulutuksilla ja työharjoittelulla. Terveystietämisen osa-alueelta on mahdollista käydä lisäkoulutusta terveystieteen tiedon, vuorovaikutustaitojen sekä eri kulttuurista tulevien potilaiden kohtaamiseen (Hentunen, Huurinainen, Joutsenniemi, Kirjavainen & Korpisaari 2012, 8 -17; Roos 2014b, viitattu 20.10.2016). Kariologisen hoidon osalta on mahdollista käydä esimerkiksi röntgenologista lisäkoulutusta. Kiinnityskudossairauksien osalta tarjotaan useimmiten kivuttoman hoidon koulutusta eli puudutuskoulutusta ja yleistä parodontologista lisäkoulutusta. Puudutuskoulutuksen käytyään ja omassa työpisteessä hammaslääkärin valvonnassa tehtyjen kymmenen puudutuksen jälkeen suuhygienistillä on oikeus puuduttaa kyseisessä työpisteessä. Ortodontian osalta on mahdollista kouluttautua lisää syventämällä oikomishoidon tietämystä kursseilla tai konsultoimalla oikomishoidosta vastaavan kanssa. Syventävää koulutusta ja konsultointia voi käyttää lisäosaamisen hankkimiseen myös suukirurgisen, implantologisen ja proteettisen hoidon osalta. Purentafysiologiasta on lisäksi tarjolla myös voice massage- hierontakoulutusta. (Hentunen, Huurinainen, Joutsenniemi, Kirjavainen & Korpisaari 2012, 8 -17.)

Voidakseen hankkia ammattoiminnassa käytettäviä lääkemääräyksen edellyttämiä lääkevalmisteita laillistetun suuhygienistin on suoritettava ammattikorkeakoulussa puudutteen ja hampaiden fluorauksen turvallista käyttöä koskeva vähintään kolmen opintopisteen laajuinen lisäkoulutus. Lisäkoulutuksen suorittamisesta voi antaa todistuksen ammattikorkeakoulu, jossa on mahdollista suorittaa suuhygienistin tutkinto. (Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttäjästä koulutuksesta 3, 9 §.) Suuhygienistillä ei ole oikeutta määrätä lääkkeitä suoraan potilaille. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimiva suuhygienisti saa määrätä pro auctore -lääkemääräyksellä apteekista tiettyjä vastaanottotoiminnassaan tarvitsemiaan lääkkeitä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2, 7 §.) Suuhygienisteillä on rajattu puudutusoikeus, mikä tarkoittaa työssä pintapuudutteen käytön mahdollisuutta. Vuonna 1997 suuhygienistit saivat tämän rajatun puudutusoikeuden ja täydennyskoulutus alkoi ammattikorkeakouluissa. Koulutus sisällytettiin suuhygienistin perustutkintoon ja Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry vaati täydennyskoulutuksen järjestämistä ammattikorkeakouluissa. (Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry 2016, viitattu 2.12.2015.)

2.2 Suuhygienistin kliininen työnkuva ja työympäristöt

Suuhygienistin keskeisinä työtehtäviä ovat suun terveyden edistäminen, suun terveystarkastukset sekä suun infektiosairauksien ehkäisy ja hoito. Kliiniseen suun hoitotyöhön sisältyy mm. terveystarkastuksia, hammaskiven ja plakkiretenttien poistoa, hampaiden pinnoitusta, kuvantamista, hampaiston oikomishoidon, kirurgisen- ja proteettisen hoidon osatehtäviä sekä esteettistä hammashoitoa. (Suun Terveystarkastuksen Ammattiliitto ry 2011, viitattu 2.12.2015.) Suuhygienisti työskentelee terveyskeskuksissa, hammaslääkäriasemilla, sairaaloissa, oppilaitoksissa, yrityksissä, valtion laitoksissa ja virastoissa sekä järjestöissä. Suuhygienisti voi myös toimia yrittäjänä tai itsenäisenä ammatinharjoittajana (Ammattina suuhygienisti 2012, viitattu 2.12.2015; Roos 2014a, viitattu 20.10.2016.) Suuhygienistin työnkuva voi vaihdella paljon riippuen työpaikasta, työtehtävistä ja asiakaskunnasta. Työnkuva voi olla laaja sisältäen kaikki suuhygienistin työhön kuuluvat osa-alueet tai se voi painottua jollekin osa-alueelle. Vaativimmat työtehtävät edellyttävät täydennyskoulutustumista. Jatko- ja täydennyskoulutautuminen on mahdollista erilaisilla lisäkoulutuksilla, ammatillisilla kursseilla, ohjatuilla työpaikkakoulutuksilla sekä työharjoittelulla. (Hentunen, ym. 2012, 8-9.)

Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:n laatiman ohjeistuksen mukaan (Hentunen, ym. 2012, 8-9) suuhygienistin kliiniset työtehtävät voidaan jakaa perustasoon, asiantuntijatasoon ja vaativaan asiantuntijatasoon. Perustaso tarkoittaa sitä, että työtehtävä edellyttää suuhygienistin tutkinnon suorittamista. Tämän tason työtehtävät ovat siis suuhygienistin perustyötä, johon kuuluvat suun terveydenhoidon yksilö- ja ryhmäterveysneuvonta sekä valmennus. Työssä on hallittava kiinnityskudossairauksien hoito ja ehkäisy, oikomishoidon perusteet sekä lapsia ja nuoria potilaita koskevan kariologisen työn perusteet. Asiantuntijatasoon työtehtävät puolestaan edellyttävät suuhygienistin tutkinnon suorittamisen lisäksi täydennyskoulutautumista esimerkiksi kurssimuotoisesti tai työpaikkakoulutuksena. Tämän tason työtehtävät edellyttävät myös vähintään kolmen vuoden työkokemusta suuhygienistin työssä ja ne vaativat laajempaa ja syvällisempää työn hallintaa sekä vastuuta jollakin työnkuvan osa-alueella. Vaativan asiantuntijatasoon työtehtävät puolestaan edellyttävät suuhygienistin tutkinnon suorittamisen lisäksi suuhygienistiltä useamman vuoden työkokemusta suuhygienistin tehtävistä sekä näiden lisäksi vielä lisäopintoja. Työtehtävät vaativat laajempaa ja syvällisempää työn hallintaa sekä vastuuta ja ovat siirtyneet tehtävänsiirtoina hammaslääkäreiltä. Työtehtävät ovat verrattavissa hammaslääkärin työhön eivätkä kuulu suuhygienistin peruskoulutukseen. (Hentunen ym. 2012, 8-9.)

Laaksovirta, Laine ja Maja (1999, 28) ovat tutkineet myös suuhygienistin työnkuvaa opinnäytetyössään seitsemäntoista vuotta sitten. Tutkimuksen valossa suuhygienistin ammatinkuvan kehittymiseen uskottiin vahvasti. Perusteluna ammatinkuvan kehitykselle silloisessa tutkimuksessa pidettiin mm. töiden lisääntymistä vanhusväestön ikääntymisen myötä, ammatin tunnettavuuden lisääntymistä sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämistä tulevaisuudessa. Tälläkin hetkellä samat ilmiöt ovat suun terveydenhuollossa läsnä, mutta tutkimuksestamme saamme tietoa siitä, onko suuhygienistin työnkuva muuttunut näinä vuosina edellisistä tutkimuksista.

Turner, Ross ja Ibbitson (2011, viitattu 23.9.2016) ovat tutkineet suuhygienistin toimintaa itsenäisenä ammattilaisena Iso-Britanniassa. Iso-Britanniassa itsenäiseen ja hammaslääkäristä riippumattomaan työnkuvaan suuhygienistillä kuuluu hoitosuunnitelman laadinta, recall-välin määrittäminen ja parodontologisten sairauksien diagnosointi ja tutkiminen (BPE-menetelmä), taskujen mittaus, limakalvojen tutkiminen ja paikallisuudutus. Alle puolet vastaajista kertoi toteuttavansa hammastarkastuksia, kariesin diagnosointia, pinnoitusten tekoa, muovipaikkojen tekoa, röntgenkuvien ottoa sekä valkaisuja. Tutkimuksessa selvitettiin myös vastaajien halukkuutta toteuttaa työtehtäviä ja arviointia ilman hammaslääkärin lähetettä. Yli neljä viidesosaa oli halukkaita toteuttamaan paikallisuudutuksia. Reilu puolet oli valmiita tulkitsemaan röntgenkuvia ja tekemään hampaiden valkaisuja. Alle puolet olivat halukkaita määrittämään pinnoitettavia hampaita ja tunnistamaan epäilyttäviä leesioita. Kukaan suuhygienisteistä ei ollut halukas valitsemaan paikkamateriaaleja. Enemmistö oli valmis myös lääketietojen läpikäymiseen, parodontologisten sairauksien tutkimiseen (BPE-menetelmä), taskujen mittaukseen sekä limakalvojen tutkimiseen. Noin 40 prosenttia vastaajista oli halukas ottamaan röntgenkuvia.

Suuhygienistin ammatinkuvan kehittäminen ja työnkuvan laajentaminen ovat keskeisimpiä aiheita suun terveydenhuollossa. Suuhygienistin työnkuvaa Suomessa verrataan usein esimerkiksi suuhygienistin työnkuvaan Ruotsissa. Ruotsissa suuhygienistit opiskelevat kaksi vuotta saadakseen laillisen oikeuden tehdä suuhygienistin töitä, ja opiskelua voidaan jatkaa oman mielenkiinnon mukaan. Ruotsissa suuhygienistit tekevät yhtenä tärkeimmistä työtehtävistä aikuisten kariestarkastuksia joihin sisältyy röntgenkuvien otto ja kariesin diagnosointi. (Tandhygienistförening 2014, viitattu 25.9.2016.) Suomessa aikuisten tarkastukset kuuluvat hammaslääkärin työnkuvaan.

Suuhygienistin **työympäristöllä** tarkoitetaan joko julkista tai yksityistä sektoria (Roos 2014a, viitattu 20.10.2016; Tilastokeskus 2015a, viitattu 17.12.2015). Julkinen sektori jakautuu edelleen valtion ja kuntiin. Valtiosektoriin luetaan valtion hallinto, yliopistot, Kansaneläkelaitos, Suomen

Pankki ja valtion liikelaitokset. Kuntiin ja kuntayhtymiin luetaan kunnan hallinto, kunnallinen koulu-
laitos, kuntien ja kuntayhtymien palvelulaitokset ja toimipaikat, jotka eivät ole yhtiömuotoisia, kuten
terveyskeskukset, sairaalat, päiväkodit sekä kuntien ja kuntayhtymien liikelaitokset. (Tilastokeskus
2015a, viitattu 17.12.2015.) Yksityiseen sektoriin luokitellaan ne, joilla työnantajana on yhtiö, myös
valtioenemmistöinen tai kunnan omistama yhtiö, yksityinen henkilö, yritys, säätiö, osuuskunta tai
yhdistys sekä itsenäiset yrittäjät ja ammatinharjoittajat. Voittoa tavoittelemattomat yhteisöt, kuten
kirkko ja seurakunnat, luetaan myös yksityiseen sektoriin (Tilastokeskus 2015b, viitattu
17.12.2015.) Jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kunnat vastaavat tervey-
denhuollon järjestämisestä ja rahoittamisesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a, viitattu
17.12.2015). Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät julkisia palveluja. Yksityiset palve-
luntuottajat, eli yritykset, järjestöt ja säätiöt, voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille
tai suoraan potilaille. Terveydenhuollon palvelujen antaminen yksityisesti on luvanvaraista. (Sosi-
aali- ja terveysministeriö 2015b, viitattu 17.12.2015.)

Hammashoidossa julkisella ja yksityisellä sektorilla tehtävät työt poikkeavat toisistaan. Julkisen
sektorin suuhygienistit tekevät useammin oikomishoidon toimenpiteitä, pinnoitteita ja lasten karies-
seulontoja, ottavat enemmän jäljennöksiä, neuvovat ravintoasioissa, arvioivat aikuisten kariesriskiä
ja totuttavat pelkääviä potilaita hoitoon kuin yksityissektorilla. (Niiranen, Widström 2005, 1184–
1186.) Julkisella sektorilla työskentelevät suuhygienistit käyttivät Niirasen ja Widströmin (2005,
1184–1186) tutkimuksen mukaan suurimman osan työajastaan kliiniseen potilastyöhön ja lisäksi
viidenneksen työajastaan erilaisiin hallinnollisiin tehtäviin. Julkisella sektorilla käytettiin enemmän
aikaa tarkastuksiin ja hoidon tarpeen selvittelyyn kuin yksityissektorilla. Erilaisia vammais-, laitos-,
sairaala- ja kotisairaanhoidon potilaita hoitivat lähes yksinomaan julkisen sektorin suuhygienistit.
Julkisen sektorin suuhygienistit arvioivat tutkimuksessa, että heidän ammattitaitonsa tulisi hyödyn-
nettyä paremmin, jos he voisivat tehdä enemmän aikuisten kariesseulontoja. Oikomishoidon toi-
menpiteitä sekä röntgenkuvien ottoa lisättäessä tulisi suuhygienistien osaaminen laajemmin hyö-
dynnettyä.

Yksityisen sektorin suuhygienistit olisivat tutkimuksen mukaan mielellään tehneet enemmän toi-
menpiteitä lapsille, kuten kariesseulontaa, pinnoitteita ja oikomishoidon toimenpiteitä. Vastanneet
suuhygienistit vastasivat haluavansa hyödyntää ammattitaitoaan enemmän röntgenkuvien ja klii-
nisten valokuvien ottamisessa. Myös jäljennösten ottaminen, puudutteiden käyttö sekä hampaiden
valkaisut olivat toimenpiteitä, joita suuhygienistit olisivat halunneet tehdä enemmän. Tutkimuk-
sessa kysyttiin myös niitä toimenpiteitä, joita suuhygienistit olisivat halunneet tehdä vähemmän.

Niitä olivat vastaajien mukaan fluori- ja klooriheksidiinikäsittelyt, hammaskiven poisto ja väliaikaisten kruunujen ja siltojen valmistus. (Niiranen, Widström 2005, 1184–1186.)

Yksityissektorin suuhygienistit hoitivat tutkimuksen mukaan lähes yksinomaan aikuisia, mutta julkisella puolella käytettiin yhtä paljon aikaa lasten ja aikuisten hoitoon. Sekä yksityissektorilla että julkisella sektorilla hammaskiven poisto oli tavallisin yksittäinen kliininen toimenpide. Yksityissektorilla suuhygienistit käyttivät tutkimuksen mukaan neljänneksen työajastaan hammaslääkärin avustamiseen. Yksityissektorin suuhygienistit ilmoittivat tekevänsä julkista enemmän väliaikaisia kruunuja ja siltoja, implanttien ylläpitohoitoja ja hampaiden valkaisuja (Niiranen, Widström 2005, 1184–1186.)

Eskola ja Tölli (2000; 33,34,41, 52,53,54) ovat opinnäytetyössään tutkineet yksityisen sektorin työnkuvaa ja vaativuutta. Tutkimuksesta ilmenee, että suuhygienistit tekevät eniten parodontologista hoitoa ja hammashoitajan tehtäviä. Tutkimukseen vastanneista 83 % teki hammashoitajan työtehtäviä, eli avusti hammaslääkärää. Työtunneissa tutkimuksen mukaan suuhygienistit tekivät 14 tuntia viikossa hammashoitajan tehtäviä, ja suuhygienistin klinisiä työtehtäviä 15,5 tuntia viikossa. Tutkimuksen tulosten perusteella työnjakoon ja vastuun jakamiseen hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä ollaan tyytyväisiä parodontologisten hoitojen osalta. Tutkimuksen mukaan yksityisvastaanotoilla toimivat kyselyyn vastanneet suuhygienistit eivät juurikaan tehneet ortodontiaa.

Kamppi ja Vihanto (1999; 30–32) tekivät opinnäytetyön, joka kartoitti suuhygienistien työnkuvaa yksityisellä ja julkisella sektorilla. Tutkimuksesta on jo kulunut seitsemäntoista vuotta, mutta tulokset näyttivät jo silloin, että ortodontiaa ei juurikaan tehty yksityisellä sektorilla. Tutkimuksen mukaan silloin yksityisellä sektorilla suuhygienistit tekivät huomattavan paljon lähes hammashoitajan toimialueeseen kuuluvia tehtäviä ja hammaskivenpoistoa. Julkisella sektorilla työnkuva on ollut tutkimuksen mukaan monipuolisempi. Tutkimus viittasi siihen, että suuhygienistin työnkuva tulee kehittymään ja muuttumaan lähivuosina. On mielenkiintoista nähdä, mitä suuhygienistin työnkuvassa on seitsemäntoista vuoden aikana tapahtunut.

3 SUUHYGIENISTIN ERIKOISALAT JA TYÖNJAKO TYÖYHTEISÖSSÄ

Toimivalla työnjaolla pyritään tehokkuuden kasvattamiseen sekä nopeuttamaan potilaiden hoitoon pääsyä. Toimivaa työnjakoa on suun terveydenhoidossa esitetty myös yhdeksi ratkaisuksi kasvaneeseen kysyntään. Kysynnän kasvuun on johtanut hampaallisten ikääntyneiden määrän lisääntyminen sekä ihmisten kiinnostuksen kasvaminen terveys- ja ulkonäköasioita kohtaan. Julkiselle terveydenhuollolle tuo paineita myös talouden taantuma, sekä vuonna 2005 voimaan tullut hoitotakuulaki. Toimiva yhteistyö sekä tehtävien jakaminen hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä ovat avaimia hyvään työnjakoon. Toimiva työnjako tuo myös kustannustehokkuutta. Työnjakoa hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä tulee vielä kehittää hammaslääkäreiden tehdessä vielä paljon myös suuhygienistin osaamisalueelle kuuluvia tehtäviä. (Lilja-Lepistö, Heikka & Virtanen 2015, 24.)

3.1 Suuhygienistin kliiniset työtehtävät erikoisaloittain

Suuhygienistin työtehtävien tehtäväkokonaisuudet ovat Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:n ohjeistuksessa (Hentunen ym. 2012, 8-9) jaettu kahdeksaan eri ryhmään erikoisaloittain. Tätä jaottelua on käytetty apuna tutkimuksessamme kyselylomakkeen laadinnassa. Osa-alueet ohjeistuksen (Hentunen ym. 2012, 8-9) mukaan ovat: terveyden edistäminen, kariologia, kiinnityskudossairauksien hoito, oikomishoito, suukirurgia, purentafysiologia, protetiikka ja hallinto. Koska tutkimuksessamme keskitytään kliinisiin työtehtäviin, on hallinto jätetty huomiotta. Seuraavaksi käsitellään oppaan perusteella suuhygienistien kliiniset toimenpiteet erikoisaloittain työtehtäväkohtaisesti. Myös erilaiset vaativuustasot huomioidaan, sillä nekin mahdollisesti kuuluvat pitempään työskennelleiden suuhygienistien kliiniseen työnkuvaan.

Terveyden edistäminen

Terveyden edistämistyössä suuhygienisti valmentaa potilasta tai ryhmiä suun omahoidon hallinnassa osana yleisterveyttä. Lisäksi hän kehittää suun terveyden edistämisen menetelmiä ja työmuotoja ja toimii oman alansa asiantuntijana. Ehkäisevässä terveydenedistämistyössä korostuvat potilaan suun sairauksien oireiden tunnistaminen, riskitekijöiden ehkäisy ja sairauden hoito. Suun ja hampaiden terveyden edistäminen on samalla osa koko kehon terveyden edistämistä. (Hentunen ym. 2012, 9-10.)

Terveyden edistäminen edellyttää monenlaisia valmiuksia ja taitoja suuhygienistiltä. Tarvittavia valmiuksia ovat suun ja yleissairauksien teorian hallinta, farmakologian, mikrobiologian sekä yleisen anatomian ja lääketieteen perustuntemus, suun anatomian ja hampaiden morfologian, ortodontian ja protetiikan tuntemus. Potilaan ohjaamisessa tarvitaan erityisesti suun hoitotuotteiden ja välineiden tuntemusta ja käytön opastamista, ravintoneuvonnan ja ravitsemusopin tuntemusta. Tupakan, nautintoaineiden ja päihteiden vaikutusten tuntemista, käytön lopettamisen tukemista ja neuvontaa tarvitaan myös. Alan kehityksen jatkuva seuranta, lakien ja asetusten tietämys sekä jatkuva kouluttautuminen ovat olennainen osa suuhygienistin osaamista. Tietojärjestelmien hallinta, osaaminen ja soveltaminen sekä potilasasiakirjojen ja -tietojen hallinta on läsnä suuhygienistin jokaisessa työpäivässä. (Hentunen ym. 2012, 10.)

Suuhygienistiltä vaaditaan kykyä sopeutua nopeasti muuttuviin tilanteisiin ja erilaisiin ja eri-ikäisiin potilaisiin sekä itsenäiseen työskentelyyn. Kädentaidon ja tarkkuuden lisäksi suuhygienistin tulee osata suunnitella, arvioida ja toteuttaa omaa työtään, mutta myös hallita vastaanoton aikataulu ja ajankäyttöä koko työympäristössä. Suuhygienisti voi toimia asiantuntijana moniammatillisissa työryhmissä ja lisäksi hänen tulee tuntea terveyden- ja sairaanhoitotyön osaaminen sekä tukipalvelujen saatavuus. Suuhygienistiltä vaaditaan päätöksentekotaitoa, järjestelykykyä ja ongelman ratkaisukykyä työssään. Potilaiden hoidossa suuhygienistin on osattava huomioida yleisterveyden, kulttuurin, yhteistyöhalukkuuden ja muiden mahdollisten hoitotilanteeseen vaikuttavat asiat. Erilaisten työ- ja asiantuntijaryhmien johtaminen sekä esitysten materiaalin valmistaminen ovat osa suuhygienistin osaamista. Suuhygienistiltä vaaditaan työssään myös tulevaisuuden ennakointikykyä. (Hentunen ym. 2012, 10.)

Suuhygienisteillä perustason osaamiseen kuuluvat asiat ovat ehkäisevän hoitotyön perustehtävän toteuttaminen yksilölle tai ryhmille. Asiantuntijatasoon kuuluu se, että vastuutehtävänä on terveyden edistäminen, suunnittelu ja toteutus, erilaisten työ- ja asiantuntijaryhmien johtaminen sekä esitysten suunnittelu, toteutus ja arviointi. Myös erityisryhmien ohjaaminen (esimerkiksi kehitysvammaiset ja maahanmuuttajat) kuuluvat asiantuntijatasoon. Vaativan asiantuntijatason työtehtäviin terveyden edistämisessä kuuluu toimiminen ammatillisena asiantuntijana tai kouluttajana muille ammattiryhmille tai ammattikunnille. Myös terveyden edistämistoiminnan suunnittelu, kehittäminen ja toteutus ja projektien johtaminen kuuluvat vaativan asiantuntijatason työtehtäviin. Tehtävänsiirtoihin perustuvat, olennaisesti tehtävänkuvaan vaikuttavat ja erillistä lisäkoulutusta edellyttävät tehtävät ovat myös vaativaa asiantuntijatasoa. (Hentunen ym. 2012, 10.)

Työ painottuu vastuuseen ennaltaehkäisevästä työstä suun terveydenhuollossa ja terveyttä edistävän työn pysyviin kansanterveydellisiin vaikutuksiin. Työn vaikutukset näkyvät yksilön kohonneena suun terveyden itsehoitovalmiutena, parantuneena sosiaalisena hyvinvointina, parantuneena suun terveydentilana sekä yleisterveyden paranemisena. Toiminnalla on myös yhteiskunnallinen ja taloudellinen vaikutus suun terveystalouden tarpeeseen ja käyttöön. Työtä tehdään tiimityönä ja vaikutukset kohdistuvat lisäksi työyhteisöön. Suuhygienistin terveyden edistämisen työn vaikutukset ulottuvat yksilöön, yhteisöihin ja koko väestöön. (Hentunen ym. 2012, 10.)

Kariologia

Kariologia on kariesin syntyä ja hoitoa tutkiva hammaslääketieteen osa (Kustannus oy Duodecim 2015, viitattu 9.12.2015). Karies on infektiosairaus, joka aiheuttaa eriasteisia hampaan kovakudosvaurioita. Vaurioiden ilmaantuminen ja laajuus riippuvat suun mikrobiston koostumuksesta ja organisoitumisesta, ravinnosta, hampaan vastustuskyvystä, syljen määrästä ja ajasta, jonka hampaan pinta on pitkään kehittyneen plakin peittämä (Käypä hoito suositus 2014a, viitattu 9.12.2015.)

Suuhygienistin työn keskeisimpiä työtehtäviä ovat ehkäisevä kariologinen hoitotyö sekä kariologinen hoitotyö. Kariologian ehkäisevässä hoidossa pyritään estämään kariesin syntyminen ja sen aiheuttamat haitat ja vauriot. Kariologiseen hoitotyöhön puolestaan kuuluu alkavien kariesvaurioiden pysäyttäminen. Työn vaikutus näkyy parhaimmillaan yksilön kohonneena suun terveydentilana, itsehoitovalmiutena ja toimivana purentana. Ehkäisevällä kariologisella hoitotyöllä ja kariologisella hoitotyöllä voidaan välttää kuntouttava vaihe, joten työllä on laaja-alainen taloudellinen vaikutus koko yhteiskunnan tasolla. (Hentunen ym. 2012, 11–12.)

Suuhygienistin osaaminen kariologisessa hoitotyössä on laaja-alaista ja siihen sisältyy teorian lisäksi tekniikan hallitsemista. Suuhygienistin on tunnettava kariesin epidemiologia, etiologia ja ehkäisy, suun mikrobiologia sekä suun puolustusmekanismit. Suuhygienistin on tunnistettava kariesin kliiniset merkit, hallittava röntgenkuvien ottaminen sekä röntgenologia ja säteilyturvallisuus. Kariologian ehkäisevässä työssä on myös tärkeää tuntea suunhoitovälineet, aineet, laitteet ja instrumentit. Hygieenisen ja fysiologisen työskentelyn sekä työturvallisuuden periaatteet on oltava hallussa. Suuhygienistin on myös hallittava paikkaustekniikka ja tunnettava paikkamateriaalit sekä osattava laatia ja tulkita kariologisia statuksia. Suuhygienistin osaamiseen kariologian osa-alueella kuuluvat myös fluoraus, klooriheksidiinikäsittelyt ja puhdistukset sekä sylkitestien ottaminen ja tulkinta. (Hentunen ym. 2012, 11–12.)

Kariologisen hoidon vaatavuustason perustason kuuluu lasten ja nuorten suun ja hampaiden terveyden ja hampaiden puhkeamisen määrittäminen, ehkäisevä hoitotyö. Myös pinnoitukset, pastapuhdistukset, fluori- ja muut paikalliset hoitokäsittelyt kuuluvat perustason osaamiseen. Hammasröntgenkuvat sivualueilta tai yksittäiset hammaskuvat, ravintoanamneesit ja sylkitestit sekä yhteistyö erisidosryhmien kanssa ovat osa suuhygienistin perustason osaamista. Asiantuntijatasoon kuuluvat aikuisten suun terveystarkastukset, hoidontarpeen arviointi, toteutus sekä jatkohoitoon ohjaus. Väliaikaiset paikat kuuluvat myös asiantuntijatasoon. Vaativaan asiantuntijatasoon kuuluvat avauspinnoitteet, maitohammas- ja pysyvät paikat sekä hammaskuvien alustava tulkinta. Myös vaativat potilasryhmät, esim. pelkopotilaat ovat osa vaativaa asiantuntijatasoa. (Hentunen ym. 2012, 11–12.)

Parodontologia

Parodontologia tarkoittaa hampaan kiinnityskudokseen ja sen sairauksiin kohdistuvaa hammaslääketieteen alaa (Kustannus oy Duodecim 2015, viitattu 9.12.2015). Parodontiitti on tulehdus, joka syntyy, kun suun mikrobistossa elävät taudinaiheuttajabakteerit pääsevät rikastumaan ikenenalaisissa bakteeripeitteissä. Tuolloin kudoksiin syntynyt tulehdustila tuhoaa vähitellen hammasta ympäröiviä pehmytkudoksia, hampaan juuren pintaa, leukaluuta ja näitä yhdistäviä sidekudossäikeitä. Hoitamattomana tauti johtaa hampaiden menetyksiin vaurioittaen koko hampaistoa ja aiheuttaen haittaa yleisterveydelle (Käypä hoito suositus 2014b, viitattu 9.12.2015.)

Parodontologisessa ehkäisevässä hoitotyössä pyritään poistamaan sairauden puhkeamiseen altistavat tekijät. Altistavia tekijöitä ovat esimerkiksi huono suuhygienia, tupakointi ja epätasapainossa oleva diabetes. Parodontologisessa hoitotyössä arvioidaan parodontiitin merkit kuten ienverenvuoto, punoitus, turvotus, syventyneet ientaskut ja alveoliluun kato röntgenkuvissa sekä hampaan lisääntynyt liikkuvuus. Hoitoon kuuluu myös hammaskiven, plakin ja plakkiretentioiden poisto. Parodontologisella varhaisella hoidolla pystytään estämään hampaan ja kiinnityskudoksen vauriot ja ennenaikaiset hampaiden menetykset. Parodontologisen potilaan ylläpitohoito on olennainen osa kiinnityskudossairauksien hoitoa. Bakteeriperäisten suusairauksien ehkäisyllä voidaan vaikuttaa myönteisesti muihin yleissairauksiin kuten diabetekseen tai sydänsairauksiin. (Hentunen ym. 2012, 12–13.)

Parodontologinen hoitotyö edellyttää suuhygienistiltä parodontologian, mikrobiologian, anatomian ja fysiologian osaamista. Parodontologisessa hoidossa on tunnettava mikrobien leviämistiet ja infektioiden syntyyn vaikuttavat tekijät sekä kyettävä havaitsemaan suun limakalvosairauksia. Suuhygienistin on myös hallittava parodontologisen statuksen tekeminen. Hammaskiven sekä biofilmiä retentoivien tekijöiden poisto ja täytteiden viimeistely kuuluvat myös suuhygienistin parodontologiseen osaamiseen. Suuhygienistin on tunnettava ja osattava huoltaa parodontologiaan liittyvät instrumentit ja laitteet. Suuhygienistin on osattava tehdä röntgentutkimus sekä osattava tulkita röntgenkuvia. Samalla suuhygienistin tulee huolehtia säteilyturvallisuudesta, säteilysuojauksesta ja laadunvarmistuksesta. (Roos 2014c, viitattu 20.10.2016; Suun Terveystieteiden Ammattiliitto ry 2015, 11.)

Suuhygienistin on ehkäisevän parodontologisen työn osalta tunnettava kotihoitoon liittyvä välineistö ja suunhoitoaineet sekä parodontologisessa hoidossa käytettävät lääkeaineet. Myös kivunlievityksen hallinta, puuduteaineiden farmakologia ja lääketurvallisuus kuuluvat osaamiseen. (Hentunen ym. 2012, 12–13.) Suuhygienistin tekemä parodontologinen hoito perustuu hammaslääkärin tekemään taudin määritykseen ja hoitosuunnitelmaan ja sisältää parodontologisia toimenpiteitä potilaalle, jolla on hoidettavalla alueella pääsääntöisesti enintään 5 mm:n syvyisiä taskuja. Mikäli hammaslääkärin läheteellä suuhygienistille tulee potilas, jolla on yli 5mm syvyisiä taskuja, suuhygienisti toteuttaa hoidon koulutuksensa rajoissa. (Suun Terveystieteiden Ammattiliitto ry 2015, 11.)

Suuhygienistin perustason osaamiseen parodontologian osa-alueella kuuluu suun tutkiminen, ientaskujen mittaus, plakin sekä biofilmiä retentoivien tekijöiden poisto. Depuraatio, ientaskujen hoito, juurenpintojen puhdistus sekä ylläpitohoito ovat myös perustason osaamista. Yleissairauksien huomioiminen kiinnityskudossairauksien hoidossa, kivunlievitys pintapuudutteella sekä potilaan hoitoon liittyvä ohjaus ja neuvonta kuuluvat suuhygienistin perustason osaamiseen. Asiantuntijatasoisen osaamista parodontologiassa ovat hoidon toteutus hammaslääkärin hoitosuunnitelman mukaisesti, hoitoketjun hallinta, infiltraatiopuudutus sekä soodapuhdistus. Vaativan asiantuntijatasoisen työtehtäviä ovat hoidon toteutus hammaslääkärin hoitosuunnitelman mukaisesti (esimerkiksi syvien ientaskujen, furkaatiomuutosten ja luutaskujen kyretointi ja hoito) sekä bakteerinäytteiden ottaminen ientaskusta. Myös implantologian (puuttuvien hampaiden korvaaminen hammasimplanteilla) asiantuntijana toimiminen sekä parodontologiseen hoitotiimiin kuuluminen parodontologin (EHL) johdolla ovat vaativan asiantuntijatasoisen työtehtäviä. (Hentunen ym. 2012, 12–13.)

Ortodontia

Ortodontia tarkoittaa hampaidenoikomisoppia (Kustannus oy Duodecim 2015, viitattu 9.12.2015). Oikomishoidon ehkäisevässä hoitotyössä pyritään havaitsemaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ilmenevät purentavirheet ja eliminoidaan purennan kehitykselle haitallisesti vaikuttavat tavat ja tottumukset kuten peukalon imeminen tai tutin pitkään jatkunut käyttö. Suuhygienisti toteuttaa oikomishoidon hoitosuunnitelmaa ja tekee oikomishoidon osatehtäviä moniammatillisessa tiimissä. Työn vaikutuksesta potilas saa normaalin purennan ja kasvojen, leukojen sekä puheen kehitys normalisoituu. (Hentunen ym. 2012, 14–15.)

Suuhygienistin ortodontisen hoitotyön osaaminen sisältää teorian hallintaa sekä kädentekniikkaa vaativien toimenpiteiden osaamista. Suuhygienistin tulee osata purennan rekisteröintiä suun terveystarkastusten yhteydessä ja tunnistettava leukojen ja hampaiden ikään kuuluvat kehitysvaiheet. Hampaiden kehityshäiriöt, ylilukuisuudet ja puutokset sekä poikkeamat normaalista purennasta on suuhygienistin osattava tunnistaa. Työssä on hallittava purennan kehityksessä käytettävät hoitomenetelmät, ortodontiset kojeet, laitteet ja materiaalit (Roos 2014c, viitattu 20.10.2016). Myös irtokojeiden jäljennökset ja sovitukset sekä kiinteiden kojeiden tekeminen hoitosuunnitelman mukaan voivat kuulua suuhygienistin työnkuvaan. Kojien välitarkistukset, purkaminen sekä oikomishoitoon liittyvät röntgenkuvaus ja kliininen valokuvaus voivat olla osa suuhygienistin työnkuvaa oikomishoidossa. Suuhygienistin tulee osata myös jäljennösten ja purentaindeksin ottaminen, mallien valaminen ja hionta sekä yleisimmät ensiaputoimenpiteet oikomishoidossa. (Hentunen ym. 2012, 14–15.)

Perustason osaamiseen ortodontiassa kuuluvat jäljennösten, kipsimallien ja purentaindeksin ottaminen, mallien valaminen ja hionta sekä pienet ensiaputoimenpiteet. Asiantuntijatasoon kuuluu rengaskiinnikkeiden asentaminen, kiinteän oikomiskojeen kaaren irrotus ja/tai uudelleen aktivointi ja kiinnitys. Myös oikomisseulonta tiimissä, kiinteän oikomiskaaren purkaminen ja jäljennösten ottaminen ohjeineen laboratoriovalmistukseen palatinaali- tai linguaalikaareen sekä retentiolevyyn kuuluvat asiantuntijatasoon osaamiseen. Vaativan asiantuntijatasoon työtötehtäviä ovat suun ulkopuolisen vedon käytön opetus (esimerkiksi niska- tai kombiveto), kiinnikkeen paikan määrittäminen ja etsauskiinnitys. Myös palatinaali- tai linguaalikaaren etsauskiinnitys ja sementointi, retentiokaaren muotoilu ja kiinnitys sekä röntgenkuvien ja valokuvien ottaminen ovat osa vaativaa asiantuntijata-
soa. (Hentunen ym. 2012, 14–15.)

Suukirurgia

Suukirurgia on purentaelimen ja siihen liittyvien kudosten, sairauksien ja tapaturmien tutkimusta ja niiden kirurgista hoitoa. Kirurginen toimenpide on yleensä lyhytkestoinen ja se suoritetaan joko paikallispuudutuksessa tai nukutuksessa. Suukirurgiassa hoidetaan mm. hankalat hampaan poistot, viisaudenhampaiden leikkaukselliset poistot, hampaan juurenpään leikkaukset, limakalvomuu-
tosten koepalat, pienten hyväläatuisten kasvainten poistot ja keinojuurihoidot. Suuhygienisti tekee suukirurgian osatehtäviä moniammatillisessa tiimissä. (Hentunen ym. 2012, 15–16.)

Suuhygienisti voi osallistua suukirurgisen potilaan pre-, peri- ja postoperatiiviseen hoitoon (Roos 2014c, viitattu 20.10.2016). Suukirurgian osatehtävissä suuhygienistin on osattava tunnistaa suun limakalvojen ja suuontelon merkittävimmät muutokset, sairaudet ja hoitokäytänteet, tunnettava suun limakalvojen infektioiden syyt ja seuraukset sekä havaittava suun limakalvojen poikkeavuudet. Suuhygienistin tulee osata arvioida potilaan yleissairauksien vaikutuksia suun terveyteen ja hoitotyöhön sekä osattava tarvittaessa ohjata potilas jatkotutkimuksiin. Suuhygienistin on tunnistettava leukanivelen ongelmat ja tunnettava tavanomaisimmat suukirurgiset toimenpiteet. Tärkeää on myös osata puudutteen ja lääkeaineiden vaikutukset ja lisäksi suuhygienistin on omattava anestesiahoitoon tuntemusta. (Hentunen ym. 2012, 15–16.)

Suuhygienistin perustason osaamiseen kuuluu tunnistaa suun limakalvojen poikkeavuudet ja leukanivelongelmat. Potilas on osattava ohjata tarvittaessa jatkotutkimuksiin. Asiantuntijataso-
tehtäviä ovat toimiminen kirurgisessa erityistehtävässä, kirurgisen pastan laitto sekä ompeleiden poisto. Vaativaa asiantuntijatasoa ovat toimiminen kirurgisessa tiimissä sekä implantologia. (Hentunen ym. 2012, 15–16.)

Purentafysiologia

Purentafysiologisella hoidolla tarkoitetaan purentaelimistön toimintahäiriöiden hoitoa. Häiriöt voivat johtua esimerkiksi hampaiden narskuttelusta aiheuttaen puremalihaks- ja leukaniveloireita. Potilaan informoinnin lisäksi purentafysiologinen hoito voi pitää sisällään fysioterapeuttisia menetelmiä sekä purentakiskon käyttöä. Tarvittaessa kipua ja oireita voidaan helpottaa myös kipulääkkeillä. (Ammori 2016, viitattu 30.9.2016).

Purentafysiologiassa on tunnettava hampaiden, leukanivelten ja alaleukaa liikuttavien lihasten muodostama toiminnallinen kokonaisuus. Tarkastuksissa huomioidaan hampaiden väliset kontaktit alaleuan eri liikkeissä ja tunnustellaan parentalihaksia ja leukaniveliä. Purentafysiologisina ongelmia voivat olla esimerkiksi toistuva päänsärky, niskahartiaseudun oireet, parentalihasten voimattomuuden tunne ja väsyminen, korvakipu tai epämääräinen kipu hampaissa. Jatkohoitona voivat olla oikomishoito, venyttelyharjoitukset, hampaiden hiominen tai muotoilu sekä parentakisko tai hammasproteettinen hoito. Suuhygienisti tekee parentafysiologian osatehtäviä moniammatillisessa tiimissä. Työn tuloksena on potilaan tasapainoinen ja hyvin toimiva parenta ja purennan pysyminen hyvänä. On huomattava, että parentaperäiset vaivat voivat olla hyvin invalidisoivia kipuineen ja useine oireyhtymineen. (Hentunen ym. 2012, 16–17.)

Suuhygienistin työssä on osattava parentafysiologian kannalta parentaelimistön rakenteen ja toiminnan periaatteet, parentahäiriöiden epidemiologia, etiologia ja diagnostiikka. Työssä on ymmärrettävä leukanivelen, alaleuan liikkeiden ja hampaiden muodostama kokonaisuus ja hallittava jatkohoitoon ohjaus ja eri hoitomuotojen tuntemus. (Hentunen ym. 2012, 16–17.) Suuhygienisti hallitsee parentafysiologiseen hoitoon liittyvän parentafysiologisen rentoutuksen (Roos 2014c, viitattu 20.10.2016).

Perustason suuhygienistin osaamisessa suuhygienistin on tunnettava leuan ja leukanivelen toiminta, parentalihasten palpointi sekä osattava ohjata potilas jatkohoitoon. Asiantuntijatasoon kuuluu parentakiskojäljennösten ottaminen, parentafysiologisten oireiden tunnistaminen ja hoitoon ohjaaminen. Ensiapuluonteinen hionta (esimerkiksi korottavat täytteet) ja parentaongelmien rentoutusharjoitusten neuvominen kuuluvat myös asiantuntijatason osaamiseen. Vaativan asiantuntijatason työtehtäviä ovat parentakiskoja koskeva hoito ja kiskojen hionnat sekä Voice massage –hieronta. (Hentunen ym. 2012, 16–17.)

Protetiikka

Protetiikassa korvataan puuttuvia hampaita, pehmytkudoksia tai koko hampaisto erilaisin keinotekoisin menetelmin (Hentunen ym. 2012, 17). Proteettisen hoidon tavoitteena on puuttuvien hampaiden korvaaminen niin, että parentaelimistön hyvä toimintakyky saadaan takaisin. Hoito tulee suunnitella aina potilaan tarpeita ja toivomuksia kuunnellen. (Käypä hoito 2013, viitattu 30.9.2016.) Protetiikkaan sisältyy myös vaurioituneiden hampaiden korjaaminen kruunuttamalla. Hampaat voidaan menettää reikiintymisen, kiinnityskudostuhon tai trauman seurauksena. Hampaita voi puuttua

myös synnynnäisesti. Suuhygienisti tekee protetiikan osatehtäviä moniammatillisessa tiimissä. (Hentunen ym. 2012, 17; Roos 2014c, viitattu 20.10.2016.)

Suuhygienistin perustason osaamiseen kuuluu osata proteesien painokohtien hionta ja jatkohoittoon ohjaus. Asiantuntijatasoon kuuluu pinteiden kiristys ja vaativat ensiaputoimenpiteet. Vaativaa asiantuntijatasoa ovat jäljennösten ottaminen, erittäin vaativat ensiaputoimenpiteet ja väliaikaiset pohjaukset. (Hentunen ym. 2012, 17.) Ohjeistuksessa ei ole määritelty vaativien tai erittäin vaativien ensiaputoimenpiteiden sisältöä.

Valkaisut

Valkaisutuotteita ja niiden käyttöä Suomessa valvoo EU, joka on säätänyt asetuksen käytettävien tuotteiden tuotesisällöistä ja pitoisuuksista. Asetuksella valvotaan muun muassa pakkausmerkintöjä, tuotteiden testausta, käyttäjäturvallisuutta ja markkinointia. (Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus kosmeettisista tuotteista 1223/2009.) Asetuksen mukaan kuluttajien saatavilla markkinoilla olevat valkaisutuotteet saavat sisältää korkeintaan 0,1 % vetyperoksidia. Käytettäessä valkaisutuotteita, joiden vetyperoksidipitoisuus on 0,1-6 prosenttia, tulisi valkaisukäsittelyä edeltää hammaslääkärin kliininen tutkimus. Nämä valkaisutuotteet on suunnattu vain ammattilaisten käyttöön. Asetus ei koske valkaisutuotteita, joilla on CE-merkintä. Näitä valvoo Valvira. Käytettäessä muita kuin CE-merkittyjä tuotteita, on vastuu ammatinharjoittajalla. (STAL 2012, viitattu 20.10.2016.)

Esteettinen hammashoito ja värjäymien poisto sisältyy suuhygienistin työhön (Oulun ammattikorkeakoulu 2015, viitattu 9.12.2015). Suuhygienisti voi vastaanotolla neuvoa asiakastaan valitsemaan tarkoituksenmukaisen ja turvallisen valkaisutuotteen (Bernie 2013, 66). Hampaiden vaalennuksia voidaan tehdä sekä vastaanotolla, että valkaisukiskon avulla kotona. Kotivaalennus sopii käytettäväksi lievästi värjäytyneille hampaille ns. ikääntymistummumiseen. Se on helppo ja halpa, koska se vaatii vain vähän vastaanottoaikaa. Kiskovaalennuksen tekemiseen tarvitaan jäljennös vaalennettavasta leuasta. Kisko sovitetaan potilaalle ja opastetaan kiskon käyttö. (Porko 2014a, viitattu 9.12.2015.) Ennen kotivaalennuksen aloittamista voidaan hampaita vaalentaa vastaanotolla, jos prosessia halutaan nopeuttaa tai yksittäiset hampaat ovat muita tummempia. Vastaanotolla käytettävät menetelmät perustuvat vahvaan 35 %:seen karbamidi- tai vetyperoksidiin. (Porko 2014b, viitattu 9.12.2015.) Valkaisutoimenpiteet eivät sisältyneet Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:n ohjeistukseen, joten vaativuustasoja tällä erikoisalalla ei ole määritelty.

3.2 Työnjako suuhygienistin ja hammaslääkärin välillä

Yhteistyön tekeminen muun terveydenhuollon ammattihenkilöstön ja terveydenedistämistahojen kanssa on osa suuhygienistin työtä. Nykyisin suuhygienistit tekevät yhä entistä enemmän yhteistyötä muiden ammattihenkilöiden kanssa kuten esimerkiksi puhe- ja toimintaterapeuttien, sosiaalialan asiantuntijoiden, opettajien sekä erilaisten taidealan ammattilaisten kanssa. (Ammattina suuhygienisti 2012, viitattu 2.12.2015.) Hallituksen esityksen mukaan jo tehdyllä työnjaolla on pyritty resurssien kohdentamiseen sekä palvelujen turvaamiseen (Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta 61/2009 1:1.1.). Usein työnjaosta puhuttaessa tarkoitetaan työyhteisön tehtävien ja toimintojen järjestämistä tarkoituksenmukaisella tavalla hoidon tai palvelun kokonaisuuden ja eri ammattiryhmien välisen osaamisen näkökulmasta. Työnjakoa voidaan terveydenhuollossa muuttaa joko saman ammattiryhmän kesken tai eri ammattiryhmien välillä delegoimalla, syventämällä, laajentamalla tai luomalla uusia tehtäviä. Tämä edellyttää sitä, että palkkaus ja tehtäväkuva on määritelty kirjallisesti. (Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 2016; 11, 38.)

Yhteistyö suuhygienistin ja hammaslääkärin välillä näkyy asiakkaan hoitoon liittyvänä konsultointina ja ammattiin liittyvien työtehtävien jakautumisena. Suuhygienisti suorittaa useita eri työtehtäviä hammaslääkärin kanssa työnjaon ollessa pidemmälle kehittynyt. Hammaslääkäreiden kokemusten mukaan yhteistyöhön suuhygienistien kanssa on vaikuttanut olemassa olevat resurssit ja tarve vastata palvelujen kasvaneeseen kysyntään. Mahdollisuutena vastata kasvaneeseen kysyntään onkin pidetty hammaslääkäreiden ja suuhygienistien työnjaon kehittämistä. Hammaslääkäreiden kokemukset työnjaosta vaihtelevat riippuen organisaation toimintatavoista ja sopimuksista työnjakoon liittyen. Esteenä yhteistyön toteutumiselle on nähty hammaslääkäreiden tietämättömyys siitä, mitä suuhygienistin nykykoulutus pitää sisällään. (Aaltonen 2007, 25–26.) Samansuuntaisia tutkimustuloksia saatiin myös Ruotsissa (Klefbom, Wenestam, Wikström 2005, 66–67, viitattu 25.9.2016) työnjaon kehittämistä tutkittaessa. Hammaslääkärit tiesivät tutkimuksen mukaan melko huonosti, mitä suuhygienistit saavat koulutuksensa perusteella tehdä. Tämä koettiin ongelmaksi työnjakoa kehitettäessä.

Helsingin hammashoitolassa selvitettiin hammaslääkäreiden ja suuhygienistien mielipiteitä työnjaosta. Tutkimuksen tuloksena saatiin selville, että eniten hammaslääkäreiden halukkuuteen siirtää toimenpiteitä suuhygienistille vaikuttaa hammaslääkäreiden oma varmistuminen suuhygienistin

työn laadusta. Tutkimuksessa todettiin myös, että hammaslääkäreiden halukkuus siirtää toimenpiteitä laski pääasiassa samansuuntaisesti kuin suuhygienistien halukkuus tehdä toimenpiteitä. Artikkelissa todetaan, että suun terveydenhuollon alalta ammattihenkilölaissa ei ole määritelty tarkasti eri ammattihenkilöiden tehtäviä, hammaslääkäreitä lukuun ottamatta. Koska eri ammattihenkilöiden toimenkuvat menevät suun terveydenhuollossa osittain päällekkäin, tulisi artikkelin mukaan pelkän työnjaon lisäksi kehittää yhteistyötä ja tiimityöskentelyä. Tämä kaikki yhdessä on mahdollinen kuntien keino vastata julkisen terveydenhuollon kasvaneeseen kysyntään. Suun terveydenhuollossa tehokkuutta parantaa niiden tehtävien siirtäminen hammashoitajille ja suuhygienisteille, joiden toteuttamiseen he ovat kykeneviä. (Karjalainen, H.; Turunen, S. & Murtomaa, H. 2010, 22–23.)

Suuhygienistien ja hammaslääkäreiden työnjakoa tutkineet Eeva Widström ja Timo Seppälä (2014) kirjoittavat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen blogissa, miten siirtämällä hammaslääkärin tehtäviä suuhygienisteille voitaisiin yhä säästää jopa 40 prosenttia suun terveydenhuollon nykyisistä kustannuksista. Työnjaon avulla hammaslääkärit voitaisiin saada keskittymään suun terveydenhuollon vaativiin toimenpiteisiin sekä tiimityön johtamiseen - koulutustaan vastaten. Suuhygienistit voisivat puolestaan tehdä nykyisen 30 prosentin sijaan 70 prosenttia kaikista lasten ja nuorten toimenpiteistä. Aikuisten toimenpiteistä suuhygienistit voisivat sen sijaan suorittaa 40 prosenttia nykyisen 10 prosentin sijaan.

Niirasen ja Widströmin tutkimuksen (2005, 1184–1186) mukaan suuhygienistit vaikuttavat olevan valmiita toimenkuvansa muokkaamiseen. Täten he ovat valmiita myös edistämään työnjakoa eri ammattiryhmien välillä, mikäli potilasaines ja hammaslääkärit mahdollistavat sen. Tutkimuksessa on kartoitettu myös, millä kymmenellä yleisimmällä toimenpiteellä voitaisiin lisätä suuhygienistien täysipainoisen ammattitaidon hyödyntämistä. Vastauksien mukaan näitä ovat oikomishoidon toimenpiteet, röntgenkuvien otto, kliininen valokuvaus, puuduttaminen, kariesseulonnat aikuisille ja lapsille, jäljennösten ottaminen, lasi-ionomeeripaikkojen tekeminen, hampaiden valkaisu sekä pinnotteiden tekeminen.

Työnjakoa tutkiessa on otettava huomioon myös hammashoitajat, joiden työtehtäviä suuhygienistit ajoittain tekevät. Hammashoitajan pääasiallinen työtehtävä on hammaslääkärin avustaminen. Hammashoitaja on suun terveyteen suuntautunut lähihoitaja. Hammashoitajasta voidaan käyttää täten myös nimikettä lähihoitaja. Hammashoitaja työskentelee useimmiten yhdessä hammaslää-

kärin kanssa. Hammashoitaja voi työskennellä suuhygienistin tavoin julkisessa terveydenhuollossa, yksityisillä hammaslääkäriasemilla tai sairaaloissa. Hammashoitajilta edellytetään hammashoidossa tarvittavien instrumenttien, materiaalien ja potilastietojärjestelmien hallintaa. Hammashoitajat voivat työskennellä myös itsenäisesti, mutta yleisempää on, että peruskoulutuksen saaneet lähihoitajat ja hammashoitajat työskentelevät hammaslääkärin työparina erilaisissa toimenpiteissä. (Suun Terveydenhoidon Ammattiliitto STAL ry, 2016, viitattu 25.9.2016.)

3.3 Suun terveydenhuollon tulevaisuuden näkymät

Sosiaali- ja terveysministeriön suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä (2013, 10) on laatinut raportin ehdotuksista, joilla saavutetaan väestön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä. Tavoitteena on myös, että suun terveydenhuollon palvelut olisivat paremmin ihmisten saavutettavissa. Keskeisinä tavoitteina suun terveydenhuollolle on, että ihmisten tietoisuus suun terveyden kokonaisvaltaisista vaikutuksista terveyteen, hyvinvointiin ja sairauksiin parantuisi. Ongelmilla suun terveydessä on osansa myös terveyserojen syntymisessä. Tähän tavoitteeseen päästään kiinnittämällä suun terveydenhuollon palvelut entistä vahvemmin osaksi muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja rakenteita. Selvitystyöryhmän raportissa on lista ehdotuksista väestön hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi, sekä suun terveydenhuollon palvelujen saavutettavuuden parantamiseksi.

Raportin laadinnan yhteydessä Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2013, 8) laati SWOT-analyysin suun terveydenhuollon nykytilasta. Vahvuutena tällä hetkellä on suun terveydenhuollon arvostuksen kasvaminen aikaisempaan nähden, sekä väestön suun terveyden parantuminen. Tällä hetkellä suun terveystalvet kattavat aikuisväestön aiempaa paremmin. Osaaminen on vahva erikoissairaanhoidossa, sekä terveyskeskuksissa lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa. Yksityissektorin vahvuudeksi on mainittu nopea hoitoon pääsy. Suun terveydenhuollon palvelut järjestetään nykytilainsäädännön mukaan osana muita sosiaali- ja terveystalvet. Yhtenäisen palvelujen saannin ja yhtenäiset hoitokäytännöt on taattu STM:n kiireettömän hoidon perusteiden mukaan. Suun terveydenhuollon henkilökunnan osaaminen on vahvaa, ja työllisyystilanne hyvä. Henkilöstöllä on mahdollisuus sopia työaikansa hyvin joustavasti. (STM 2013, 8.) Forss, Eerola & Koiyumäki ovat tutkineet erikoishammaslääkäripalvelujen tarvetta suun terveydenhuollossa. Tämän perusteella erikoishammashoito kattaa koko maassa vain 62 prosenttia hoidontarpeesta. Tämä

tarkoittaa, että joka kolmas jää ilman hoitoa, joka hänelle kuitenkin olisi hammaslääkärin näkemyksen mukaan tarpeen. Kariologiassa tämä prosentti on kaikkein pienin – alle kymmenesosa hoidontarpeesta voidaan kattaa. Paras kattavuus on puolestaan ortodontiassa. (2013, viitattu 23.9.2016.)

Suun terveydenhuollon nykytilan analyysin heikkouksissa näkyy sama teema kuin terveyden ja hyvinvoinnin alueella yleisestikin - väestön sosioekonomiset erot myös suun terveyden osalta ovat suuret. Tämän lisäksi on havaittavissa perusterveydenhuollon heikentymistä suun terveydenhuollossa, toiminnan resurssien ollessa heikot. Toimintakulttuuri ja -ympäristö eivät ole kehittyneet samaan tahtiin keskenään. Toiminnalle aiheuttaa kitkaa nykyjärjestelmän prosessien toimimattomuus aikuisväestön kiireellisen hoidon järjestämisen osalta. Lisäksi potilas joutuu maksamaan suun terveydenhoidosta enemmän kuin muusta terveydenhuollosta. Terveyskeskuksissa hoitoon pääsy kestää pitkään, ja hoitoon pääsyssä on myös alueellisia eroja. Myös jonoon asettamisen käytännössä on suuria eroja. Lisäksi suun terveydenhuollon tarve tunnistetaan huonosti muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa. Henkilöstön saatavuudessa on ongelmia. Erot julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon hoidon toteuttamisen käytänteiden välillä ovat tällä hetkellä suuret. (STM 2013, 8.)

Nykyhetken mahdollisuuksia suun terveydenhuollossa on kehittää omahoitoa ja kiinnostusta omasta suun terveydestä. Palvelujen tehokkuutta ja saatavuutta voidaan parantaa kehittämällä resurssien ja osaamisen optimaalista käyttöä julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Saatavuuden yhdenvertaisuuteen puolestaan voidaan vaikuttaa määrittelemässä suun terveydenhuollon palvelukori yhtenäisillä hoidon perusteilla. Saatavuuteen voidaan vaikuttaa myös kehittämällä ja vahvistamalla johtamista, sekä erilaisilla palkitsemis- ja palkkauskäytännöillä. Tällä tuetaan myös toiminnan tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta hoidon osalta voidaan tehostaa työnjaon kehittämällä, ja nopealla asiakkaan hoitoon pääsillä. Työvoiman saantia voidaan kehittää hammaslääkärin koulutusratkaisulla, ja hyödyntämällä ulkomailta Suomeen tulevien hammaslääkäreiden työvoimaa. Johtamisen tukena toimivat asiakkaiden tiedonsaanti, potilasturvallisuus sekä tietojärjestelmät. Hyvin toimivien tietojärjestelmien kehittämisen lisäksi palvelujen laatua voidaan turvata kehittämällä asiakkaiden omavalvontaa. Toimintaa voidaan tehostaa lisäksi hyödyntämällä jo nyt olemassa olevia kehityshankkeita ja käytäntöjä. (STM 2013, 9.)

Teknologia tuo terveyden ja hyvinvoinnin saralla sekä mahdollisuuksia, toisaalta kustannuksia ja haittailmiöitä. Mahdollisuuksina voidaan nähdä teknologian hyödyntäminen hoitokeinoissa, oma-

hoidon tukena sekä tietojärjestelmien hyödyntämisessä. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla suurin teknologiaa koskeva muutos lähitulevaisuuden osalta on kansallisten tietojärjestelmäratkaisujen käytäntöön ottaminen. (THL 2012, 18.)

Uhkanäkymänä suun terveydenhuollossa on väestön suun terveyden ja hyvinvoinnin heikentyminen riittämättömien palvelujen ja suusairauksien hoitamattomuuden vuoksi. Uhkana on myös suun terveydenhuollon eriytyminen sote-kokonaisuudesta. Osa väestöstä voi jäädä hoidon ulkopuolelle, mikäli suun terveydenhuollon peruspalveluja ei vahvisteta. Myös alueelliset erot voivat kasvaa, jos osaajat ja palvelut keskittyvät vain keskuskuntiin. Resursseja ei kohdisteta riittävästi ehkäisevään suun terveydenhuoltoon, eikä sitä pidetä kiinnostavana, jos painopiste on liikaa korjaavassa hoidossa, ja kannusteet ja palkkiojärjestelmä painottuvat siihen jatkossakin. Korjaavat hoidot ovat kallimpia, ja niiden tarve lisääntyy jatkossakin, ellei ikääntyvän väestön kysynnän kasvuun reagoida riittävän tehokkaasti. Eläkkeelle jäävien ammattihenkilöiden määrän ollessa suuri, runsaasti kokemusperäistä tietoa ja osaamista voi jäädä siirtämättä, ellei tästä aktiivisesti huolehdita. Suun terveydenhuollon palvelujen laatu ja potilasturvallisuus voi heiketä, ellei toimintaympäristön muutoksiin reagoida riittävästi. (STM 2013, 8.)

STM:n raportin ehdotuksissa on muun muassa yhtenäistää käytännöt suun terveydenhuollossa yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Tällä pyritään siihen, että suun terveydenhuoltoa toimisi osana muita sote-palveluita. Palvelujen tuotannossa tulisi huomioida kaikki suun terveydenhuollon resurssit. Toisen tavoitteen ehdotuksena on huomioida ikääntyneiden suun terveydenhuollon palveluntarpeet suunnittelussa sekä toteutuksessa. Tavoite tässä yhteydessä on tuottaa turvallisia, laadukkaita ja vaikuttavia palveluita, sekä edistää asiakkaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on myös julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden kehittäminen. Tämä tarkoittaa sitä, että kaikki suun terveydenhuollon resurssit olisivat täysmääräisessä käytössä sektorista riippumatta. (Em. 10–12.)

Myös globalisaatio tuo mukanaan sekä hyötyjä että haittoja sosiaali- ja terveysalalla. Se näkyy muun muassa talouden ja työelämän saralla esimerkiksi siten, että markkinavallat tulevat valtaamaan myös sosiaali- ja terveysalaa. Työnjakoon tulee todennäköisesti sosiaali- ja terveysalalla muutoksia. Kansalliset ja paikalliset toimijat, joiden varaan terveys- ja sosiaalipalvelut ovat aiemmin rakentuneet, tulevat menettämään valtaansa kansainvälisten toimijoiden tullessa niiden tilalle. (THL 2012, 20–21.)

Sote-uudistus lähtee yleisestä päätavoitteesta nostaa Suomen talous kestäväälle pohjalle (Suomen hammaslääkäriliitto 2015, viitattu 9.15.2015). Sosiaali- ja terveysalalla painopisteeksi on asetettu ennaltaehkäisevään työhön, toimiviin tietojärjestelmiin, sujuviin hoitoketjuihin sekä henkilöstön hyvinvointiin. Suomen hammaslääkäriliitto (2015, viitattu 9.12.2015) on määrittänyt, miten hallituksen kaavailemat uudistukset sosiaali- ja terveysalalla tulevat vaikuttamaan suun terveydenhuoltoon. Konkreettisesti muutokset näkyvät kela-korvausten leikkauksina, kuntien lakisääteisten tehtävien ja niiden toteuttamista ohjaavia velvoitteiden karsinta. Sosiaali- ja terveysministeriön alueuudistus-sivustolla (2015, viitattu 9.12.2015) on kerrottu yhdeksi uudistuksen tavoitteeksi parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta. Eräs keino toteuttaa tämä muutos on digitalisaatio. Näillä palveluilla voidaan tukea kansalaisten kykyä kantaa itse vastuuta toimintakyvystään terveydestään.

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen **tarkoituksena** on kartoittaa, mitä suuhygienistin kliiniseen työnkuvaan kuuluu Suomessa. Tutkimuksen **tavoitteena** on luoda ajankohtainen tilasto suuhygienistien tekemistä toimenpiteistä. Tavoitteena on saada lisäksi tietoa siitä, millaiseen työelämään olemme astumassa. Aihe on rajattu niin, että etsimme vastausta kahteen tutkimuskysymykseen.

Mitä klinisiä toimenpiteitä suuhygienistit tekevät käytännön työelämässä?

Mitä mieltä suuhygienistit ovat työnjaosta hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä?

5 TUTKIMUSMETODOLOGIA

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa perustana on positivismi, jossa korostetaan tiedon perusteluja, luotettavuutta ja yksiselitteisyyttä. Positivismi perustuu mittaamiseen, ja sillä pyritään absoluuttiseen ja objektiiviseen totuuteen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa prosessi alkaa tutkimusongelmasta (Kananen 2010, 74). Tämän jälkeen on aika selvittää, mitä tietoa tarvitaan tutkimusongelman ratkaisemiseksi. Kun tiedetään, mitä tietoa tämän ratkaisemiseksi tarvitaan, pohditaan mistä tieto hankitaan ja miten se kerätään. (Kananen 2008, 10–11.) Kvantitatiivisen tilastokuvauksen ja -analyysin perustana on numeerinen havaintoaineisto (Tilastokeskus 2016, viitattu 20.10.2016).

Teorian muodostumisen suunta kvantitatiivisessa tutkimuksessa on deduktiivinen, eli edetään teoriasta käytäntöön. Tutkimus perustuu muuttujiin. Muuttuja on määrällisen tutkimuksen peruskäsite. Muuttuja on tekijän nimi, jolla voi olla yksi tai useampia ominaisuuksia. Se on ominaisuus, josta tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita. Muuttujia mitataan mittareilla, joista syntyvät mittaukset ovat tilastollisen tutkimuksen perusta. Kvantitatiivisen tutkimuksen edellytyksenä on käsitteiden määrittely, jotta niitä voitaisiin mitata. (Kananen 2010; 76, 78–80.) Kun teoriasta on edetty käytäntöön, eli kyselyyn, palataan tutkimuksessa takaisin teoriaan. Tämä tapahtuu analyysin, tulosten ja tulkinnan avulla. (Vilkka 2015b, 25.)

5.1 Tutkimuksen kohdejoukko

Kohdejoukko, josta halutaan tehdä päätelmiä tutkimuksessa, kutsutaan myös nimellä perusjoukko. Mikäli kyseessä on kokonaistutkimus, kaikki perusjoukon havaintoyksiköt mitataan. Otantamenetelmällä perusjoukosta voidaan valita mitattavat havaintoyksiköt. Havaintoyksiköiden joukkoa kutsutaan otokseksi. Otos edustaa perusjoukkoa mahdollisimman hyvin, sillä se on ominaisuuksiltaan samanlainen kuin perusjoukko. (Vilkka 2015b, 51.)

Tutkimuksessamme perusjoukko oli kliinistä työtä tekevät suuhygienistit Suomessa (Vilkka 2015b, 53). Tutkimuksen perusjoukkona olivat siis alan asiantuntijat. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen vuoden 2013 tilaston (2013, 14) mukaan työssä olevia suuhygienistejä oli Suomessa 2063 kappaletta. Kyselymme lähetettiin vastaajille, jotka kuuluvat joko Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:een

tai Suun Terveysthoidon Ammattiliitto STAL ry:een. Otoksena ovat ne suuhygienistit, jotka tekivät yli 50 prosenttia työajastaan kliinistä potilastyötä. Kysyimme vastaajilta, mikä on pääasiallinen työnantaja. Tätä tietoa käytimme hyödyksi luotettavuuden arvioinnissa varmistaaksemme että tulos edusti valitsemaamme perusjoukkoa.

5.2 Mittarin laadinta ja aineiston keruu

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tavallisimmin aineiston keräämiseen kyselylomaketta. Kyselylomakkeessa kysymysten muoto on vakioitu. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle kyselyyn vastaajalle esitetään samat kysymykset, samassa järjestyksessä ja samalla tavalla. Kyselyssä vastaaja itse lukee kysymyksen ja myös itse vastaa siihen. Kyselylomaketta käytetään, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja häntä koskevat asiat, kuten käyttäytyminen. Kysely soveltuu aineiston keruun tavaksi, kun tutkittavia henkilöitä on paljon. (Vilkka 2015a, 94.)

Kysymysten tulee palvella tutkimusongelman ratkaisua kyselytutkimuksessa. Jo tutkimuksen alkumetreillä tulee määrittää, mitä tietoa tarvitaan. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa mukaan kyselyyn otetaan vain kysymykset, jotka ovat välttämättömiä ongelman ratkaisun kannalta. Turhat kysymykset voi siis jättää pois. Kyselyn tulee olla mahdollisimman lyhyt kustannustehokkuuden kannalta. (Kananen 2008, 15.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa muuttujasta muodostetaan kysymys, johon vastataan. Tilastoyksikkö puolestaan on tutkimuksen kohde tai tapaus, jota analysoidaan tutkimuksessa. Se voi olla yksittäinen ihminen eri rooleissa, tai organisaatio tai yhteisö. (Kananen 2010; 82, 83.) Tutkimuksemme tilastoyksikkönä toimi suuhygienistit yksittäisinä työntekijöinä. Strukturointi ja operationalisointi ovat ennen aineiston keruuta toteutettavia asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Operationalisoinnilla tarkoitetaan teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista tutkittavalle ymmärrettävään muotoon. Tutkimusraportissa opinnäytetyön tekijä tuo operationalisointiprosessin näkyväksi. Tämä on osa luotettavuuden arvioinnin mahdollistamista. (Vilkka 2015b, 14, 38.)

Ensimmäisessä vaiheessa tutkijan tulee siirtyä teoreettisesta kielestä arkikielen tasolle. Aluksi käsitteet tulee määritellä ja hahmotella yleisesti. Tämän jälkeen ne puretaan osa-alueisiin, jotka lopulta puretaan kysymysmuotoon ja vakioidaan vastausvaihtoehdoiksi. Tämä viimeinen vaihe on strukturointia, jossa tutkittavat asiat muutetaan vakiomuotoisiksi kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi.

Strukturoinnin tulee toteutua siten, että kaikki vastaajat ymmärtävät kysymyksen samalla tavalla. (Vilka 2015b, 14, 38.)

Lähtökohtana on se, että kaikki tutkimukseen valitut yksiköt vastaisivat kyselyyn. Tämä ei kuitenkaan onnistu koskaan. Tarkkaa prosenttimäärää ei voida määrittää otoksen riittäväksi määräksi. (Kananen 2010; 95, 102.) Eräänä nyrkisääntönä voidaan pitää vähintään sataa havaintoa (Kananen 2010, 95, 102; Vilka 2015b, 17). Pienet vastausmäärät vaikeuttavat tulosten tulkintaa. Tämä tulee huomioida myös tutkimustulosten tulkinassa. (Em.)

Kyselylomakkeen tekeminen alkaa lomakkeen pituuden ja ulkoasun suunnittelusta. Lomakkeen pituuden tulisi olla kohtuullinen vastaamishalun säilyttämiseksi. Keskimääräisen vastausajan ei tulisi ylittää 15–20 minuuttia. On huomioitavaa, että kyselyyn vastaamiseen vaikuttaa vastaanotetun materiaalin ensivaikutelma ja lomakkeen yleisilme. Kyselyn rakennetta miettiessä lomake on tärkeää saada vaikuttamaan tiiviiltä ja lyhyeltä. Kyselyn palstoittaminen on tähän hyvä keino (Kvantimotiv 2010, viitattu 3.2.2016.) Kyselylomaketutkimuksen hyvänä puolena on muun muassa se, ettei tutkijan olemus tai läsnäolo vaikuta vastauksiin. Myöskään käytetyt äänenpainot, tauot sanojen välillä, tutkijan eleet ja ilmeet eivät näin ollen vaikuta vastauksiin. Lisäksi kyselylomakkeen käyttö mahdollistaa useiden kysymysten esittämisen, etenkin mikäli lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot. Tutkimustulosten luotettavuutta parantaa se, että kysymykset esitetään kaikille vastaajille samassa muodossa. Tämän kaltaisessa tutkimuksessa jää pois tarve matkustaa tutkittavien luo. Tämä vähentää aiheutuvia kustannuksia ja on lisäksi ajallista säästöä. Vastaaja voi itse valita vastauspaikkansa ja vastausajankohdan. (Valli 2015, 44–45.)

Kyselyssä voidaan käyttää useita erilaisia asteikkotyyppieitä mittaamaan kohdejoukon vastauksia. Eräs näistä on mielipidekysymys, jossa käytetään asteikkoa ääripäinä täysin samaa mieltä ja toisena täysin eri mieltä. Semanttisessa differentiaalimenetelmässä puolestaan käytetään ääripäinä vastakkaisia adjektiivipareja, kuten hyvä - huono. Muuttuja voi olla myös dikotominen, jolloin se voi saada vain kaksi arvoa (kyllä tai ei). (Kananen 2010, 85–86.) Semanttista differentiaalimenetelmää soveltaessa saman kysymyksen voisi muotoilla asettamalla väittämän, teen työssäni hammaskiven poistoa, ja antamalla ääripäiksi päivittäin - en koskaan. Jos kyselyssä puolestaan käyttää dikotomista muuttujaa, kyselyn voisi muotoilla kysymällä tekeekö päivittäin hammaskivenpoistoa, vai ei.

Kyselylomakkeen rakenteen tulisi noudattaa loogista järjestystä. Kyselyssä tulee olla saatekirje, taustatiedot ja itse kyselylomake. Kysymyksillä saadaan vastaukset tutkimusongelmaan ja taustatiedoilla voidaan vertailla saatua otosta perusjoukkoon. Lisäksi tällä on mahdollista luokitella tutkimustuloksia. Kysymysten tulisi edetä järjestykseltään yleisestä yksityiseen. Tämä tunnetaan myös nimellä suppilotekniikka. (Kananen 2010, 92.) Asioiden kysyminen laajasti ja yksityiskohtaisesti heti alussa voi ehkä herättää negatiivisia tunteita vastaajassa ja vaikuttaa kyselyyn vastaamishalukkuuteen (Kvantimotv 2010, viitattu 3.2.2016). Riippuen kohderyhmästä ja aiheesta, sopiva sivumäärä on maksimissaan viisi. Myös lomakkeen selkeys ja ulkoasu voivat vaikuttaa vastausprosenttiin positiivisesti. (Valli 2015, 43.)

Kysymyksenasettelun kyselytutkimuksessa tulisi pyrkiä tutkimusongelman kannalta kattavaan kysymyksenasetteluun. Asettelun tulisi kuitenkin olla samalla yksinkertainen ja helppotajuinen. Lomakkeen potentiaalisten vastaajien täytyy paitsi jaksaa, myös osata vastata kyselyn kysymyksiin. Standardoiduissa kyselyissä vastaajien tulee ymmärtää kysymykset mahdollisimman samalla tavalla ja myös vastata niihin hyväksyttävästi. Kysymysten muotoilu edellyttää täten kauttaaltaan yksinkertaista, tarkoituksenmukaista ja täsmällistä kieltä kysymysten laadinnassa. Yksinkertaisuuden periaate pätee myös kysymyksen mitassa: hyvä kysymys on aina kohtuullisen mittainen. Kyselyyn vastaamishalukkuutta nostaa myös se, että kysymykset ovat loogisessa järjestyksessä. (Kvantimotv 2010, viitattu 3.2.2016.)

Kyselylomake voi sisältää sisällöllisesti hyvinkin erilaisia asioita, mutta samaan asiaan liittyvät kysymykset on sijoitettava loogiseen järjestykseen peräkkäin. Sama koskee aihealueesta toiseen siirtymistä. Lomakkeeseen kannattaa aina kirjoittaa mahdollisimman yksityiskohtaisia vastausohjeita. Abstrakteja tai yleispiirteisiä asioita kysyttäessä on joskus tapana sisällyttää arvioitavaan asiaan esimerkkejä selittämään käsitteitä. On hyvä tiedostaa, että esimerkit saattavat rajata vastaajan ajattelua pelkästään mainittuihin asioihin. Tästä syystä esimerkkejä tulee käyttää vain erittäin harvinaisissa tilanteissa ja ensisijaisesti kysymykset tulee laatia niin selkeiksi, etteivät ne kaipaa esimerkkejä. Samoihin asiakokonaisuuksiin liittyviä yksittäisiä seikkoja kannattaa kysyä erikseen esimerkiksi luetteloin. Kysymyssarjoihin vastaaminen on vastaajille usein helpompaa kuin lukea joko monimutkaisia vaihtoehtoja. "En osaa sanoa", "en tiedä", "vaikea sanoa" tai "en halua sanoa" -vaihtoehtojen käyttöön ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Niitä kannattaa käyttää tarpeen mukaan, mutta ei kuitenkaan tarjoilla vastaajille liian herkästi. Ns. EOS-vastausta käytetään tavallisesti skaalan lopussa, jolloin se kerää vähemmän vastauksia kuin keskelle sijoitettuna. Jos kyselyissä

tai kysymyksissä ei käytetä näitä vaihtoehtoja ollenkaan, on riskinä vastausten reliabiliteetin näennäinen kohottaminen tai joidenkin vastaajien turhautuminen (Kvantimotv 2010, viitattu 3.2.2016) Vastausohjeen, eli instruktion, tulisi myös olla selkeä. Vastausvaihtoehdot eivät saisi olla päällekkäisiä. Kysymykset kannattaa muotoilla niin, että henkilö voi vastata kysymyksiin omasta näkökulmastaan yleisen tason sijaan. (Valli 2015, 43.)

Toteutimme kyselytutkimuksen Webropol-kyselynä. Loimme kyselylomakkeen itse alusta lähtien ja käytimme apuna Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:n ohjeistusta. Ohjeistuksesta poimimme suuhygienistien erikoisalajat ja toimenpiteet, sillä niitä ei muualla ole listattuna. Tarvitsimme kyselylomaketta varten tietoomme kaikki yksittäiset toimenpiteet, joita suuhygienisti voi kliinisessä työssään tehdä ja löysimme ne ainoastaan kyseisestä ohjeistuksesta. Valkaisuja koskevat kysymykset loimme itse, sillä yksittäisiä toimenpiteitä valkaisujen osalta ei oltu listattu missään, ei edes ohjeistuksessa. Työnjakoon liittyvät kysymykset muodostimme itse. Lähetimme kyselyn touko-kesäkuussa 2016, ja aloitimme aineiston kokoamisen ja analysoinnin elokuussa. Koska kohdejoukko on suuri, toivoimme ja oletimme saavamme kattavan aineiston. Akavan suuhygienistiliiton arvion mukaan työelämässä toimivia suuhygienistejä on heidän rekisterissään 400–500 henkilöä. Luku tarkentui kyselyiden lähetysvaiheessa. Tiedonkeruun jälkeen seuraava vaihe opinnäytetyössä on tallennusvaihe ja tulosten analysointi, minkä jälkeen opinnäytetyön laadinnan seuraakin raportin laadinta (Kananen 2010, 75).

5.3 Aineiston analyysi

Kuten aiemmin todettu, kvantitatiivisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä on ratkaista tutkimusongelma tiedolla. Kun ollaan perillä siitä, mitä tietoa ratkaisun löytämiseksi tarvitaan, muodostetaan tästä tiedosta kysymykset. Samoja asioita voi kysyä usealla eri tavalla. Jokainen kysymysten laadinnassa tehty ratkaisu vaikuttaa myös analyysivaiheeseen - siihen millaisia analyysimenetelmiä voidaan käyttää. (Kananen 2008, 11–12.)

Analyysiin tutkimuksessa kuuluu kaksi vaihetta - aineiston esikäsittely- ja valmistusvaihe, sekä tutkimusanalyysi. Jälkimmäisessä tutkijan alussa kokoamat palaset saavat merkityksensä. Niitä vertaillaan keskenään sekä suhteessa tutkimuksen tavoitteisiin. Tuloksia voidaan eritellä ja yhdistellä, ja jotkut niistä voidaan hylätä tarpeettomina tai muun tarkemman arvioinnin nojalla. On tutkijan päätettävissä, mitkä ovat ne kysymykset, joihin tutkimusaineiston analyysillä saadaan vastaus. Tut-

kija päättää, mitä tietoa tarvitaan tutkimuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen voidaan usein katsoa olevan loppusuoralla silloin kun ollaan analyysivaiheessa loppumetreillä. (Pihjala 2004, 153–154.)

Opinnäytetöissä ollaan analyysin suhteen usein kuvailun tasolla. Puhutaan kuvailevasta tutkimuksesta. (Kananen 2008; 51.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimustulokset tuodaan esille taulukoina ja tunnuslukuina. Tulosten perustaulukkomuotoina ovat suorat jakaumat ja ristiintaulukointi. Näistä tehdään tutkimustulosten tulkinnat. Esimerkiksi mielipidekysymysten tuloksia voidaan tulkita esittämällä tuloksista painotettu keskiarvo. Tämä on todettu prosenttilukua havainnollisemmaksi keinoksi. Tutkimustuloksia tulisi tulkita aina tutkimusongelman kannalta. (Kananen 2010; 108, 114.) Käytimme tutkimustulosten analyysiin ristiintaulukointia ja tunnuslukuja. Ristiintaulukointia käytimme vertaillaksemme yksityisen sektorin sekä julkisen sektorin työnkuvia keskenään.

Tehty tutkimus dokumentoidaan sanallisesti, kuvallisesti ja numeerisesti tutkimusraporttiin. Raportoinnissa tulee keskittyä siihen tietoon, joka on olennaista. Raportti tulee kirjoittaa hyvää yleiskieltä ja asiatyylä käyttäen. Raportin kiinnostavuutta lisää se, että tutkimuksen tuloksia verrataan keskustellen aiempiin tutkimuksiin, asiantuntijalähteisiin ja aineistoihin. Tutkimusraportti tulee kirjoittaa mahdollisimman puolueettomasti. Tämä tarkoittaa myös sitä, että raportissa käytettyjä kuvaajia ei saisi muokata tutkijan omia tarkoituksia vastaaviksi. Tulosten esitystavassa tulisi siis välttää tulkintaa. (Vilkkä 2015b, 157–160.)

6 TUTKIMUSTULOKSET

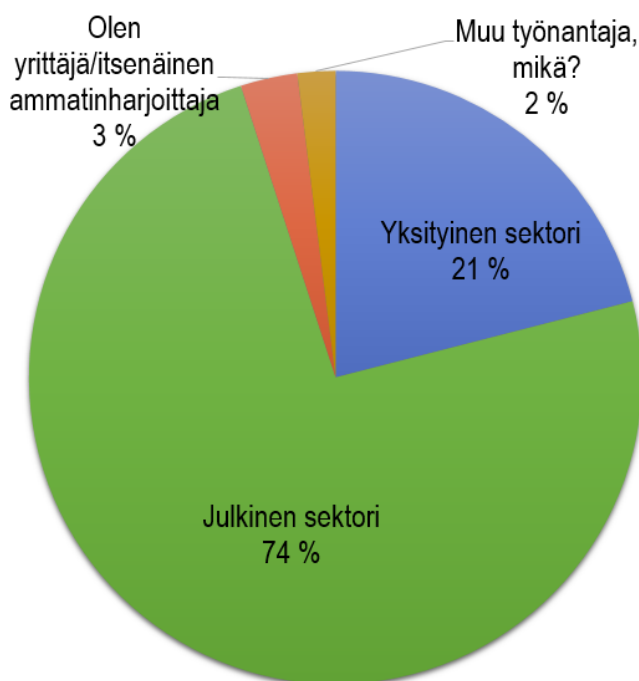
Sähköinen kyselylomake sisälsi neljätoista kysymystä, joista viimeisin oli avoin ja vapaavalintainen kysymys. Muut olivat suljettuja monivalintakysymyksiä. Kysely lähetettiin avoimena Webropol-linkkinä saatekirjeen kera Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry:lle sekä Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:lle. Heidän toimestaan kyselyn linkki lähetettiin sähköpostitse kaikille heidän lähetyslistoillaan oleville suuhygienisteille ympäri Suomen. Kyseisten ammattiliittojen mukaan kyselyn linkki lähetettiin Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:n kautta 525 vastaajalle, Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry:n kautta 1384 vastaajalle. Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry ilmoitti jättäneensä lähetyslistasta pois opiskelijat ja eläkeläiset. Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry ilmoitti lähettäneensä muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta viikolla 24. Kyselyyn vastasi 355 suuhygienistiä ja kyselyn avasi 149 henkilöä vastaamatta siihen. Vastausprosentti oli karkeasti laskettuna 19. Vastausprosentin todennukainen laskeminen on mahdotonta, sillä emme tiedä moniko kyselyn vastaanottaneista suuhygienisteistä tekee yli 50 % työajastaan kliinistä potilastyötä, eli kuuluu kohderyhmäämme. Vastausten keräysaika oli 2.6.2016–29.6.2016 – kaiken kaikkiaan noin kolme viikkoa.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselymme oli tarkoitettu kliinistä työtä tekeville suuhygienisteille. Tämä kävi ilmi sekä saatekirjeestä että kyselyn ensimmäisestä kysymyksestä. Ensimmäisellä kysymyksellä halusimme varmistaa, että vastaajat ovat suuhygienistejä, jotka tekevät pääosin kliinistä potilastyötä. Kyselyyn vastanneista 355:sta suuhygienististä 310 vastasi tekevänsä yli puolet työajastaan kliinistä potilastyötä. Vastaajista 42 henkilöä vastasi, ettei tee yli puolta työajastaan kliinistä potilastyötä. Näiden vastaajien vastaukset on jätetty tuloksia tulkitessa huomiotta, sillä halusimme vastaajiksi vain kliinistä työtä tekeviä suuhygienistejä. Kolme vastaajaa valitsi kysymykseen vastauksen ”ei osaa sanoa”. Myös näiden vastaajien vastaukset on jätetty huomioimatta tuloksissa. Tulosten tulkinnassa otamme siis huomioon 309 vastaajan vastaukset. Jatkossa vastaajalla tai suuhygienistillä tarkoitetaan näitä 309:ää kyselyyn vastannutta henkilöä.

Toisena kysymyksenä kysyttiin vastaajien sukupuolta. Vastauksista nähdään, että kyselyyn vastasi 304 naista ja viisi miestä. Kolmannen kysymyksen tarkoitus on selvittää vastaajan pääasiallinen

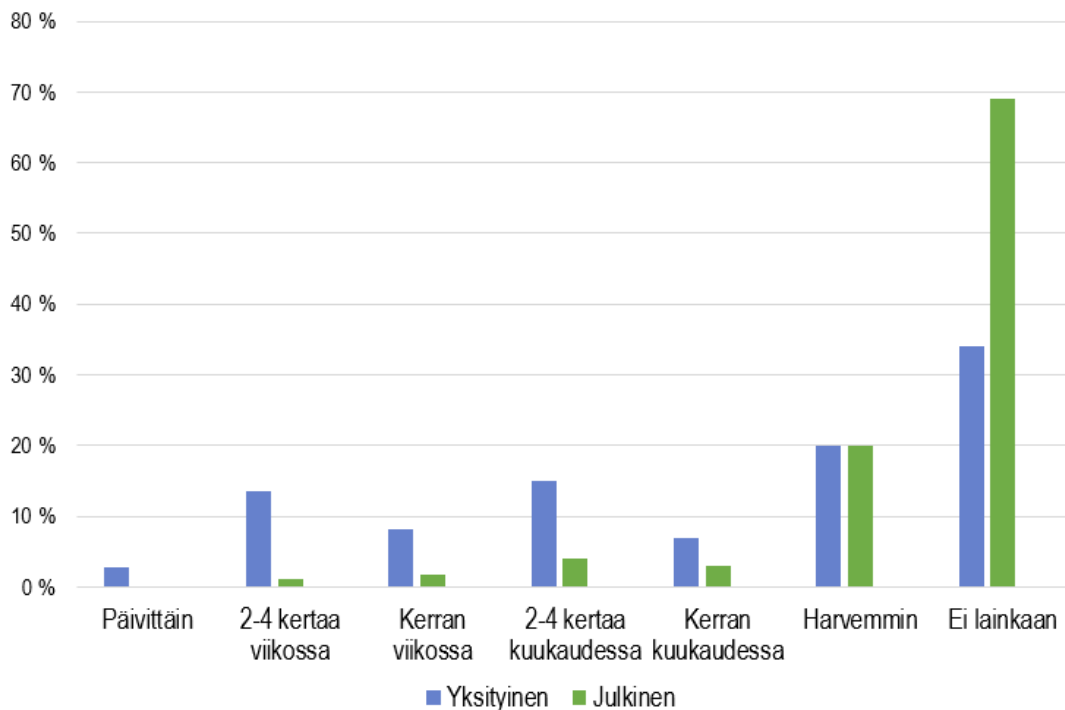
työnantaja (Kuvio 1). Vastaajista 65 työskenteli yksityisellä sektorilla ja 228 julkisella sektorilla. Yrittäjiä/itsenäisiä ammatinharjoittajia oli vastaajista yhdeksän henkilöä. Yksi vastaajista vastasi, ettei ole työsuhteessa vastaamishetkellä, joten hänen vastauksensa on jätetty huomiotta. Seitsemän vastaajaa vastasi kohtaan ”muu työnantaja”. Kysymyksessä oli avoin kohta, johon täytyi valitessaan vastauksen ”muu työnantaja, mikä?” kirjoittaa työnantajan nimi. Kaksi kysymykseen vastanneista vastasi työskentelevänsä Ylioppilaiden Terveystieteiden keskuksen kanssa, yksi ”erityishuoltopiirillä”, yksi ”pkssk sos.palveluilla”, yksi vastasi ”säätiö” ja yksi vastasi työskentelevänsä sekä yksityisellä että julkisella. Yksi vastaajista vastasi kysymykseen ”ulkoistetut hammashoitolat”.



KUVIO 1. Vastaajien pääasiallinen työnantaja (N=309)

Kyselyn neljäs ja viides kysymys käsittelivät hammashoitajan työtehtäviä. Neljännessä kysymyksessä kysyttiin, kuinka usein vastaajat avustavat hammaslääkärinä tai erikoishammaslääkärinä (Kuvio 2). Tällä haluttiin tietää, kuinka moni tekee hammashoitajan työnkuvaan kuuluvia työtehtäviä. Kaksi vastaajista avusti päivittäin, 13 kahdesta neljään kertaa viikossa, ja kymmenen vastaajaa kerran viikossa hammaslääkärinä/erikoishammaslääkärinä. Vastanneista suuhygienisteistä 21 avusti kaksi neljä kertaa kuukaudessa, 12 kerran kuukaudessa ja 63 harvemmin. 188 vastaajaa ei avusta lainkaan hammaslääkärinä tai erikoishammaslääkärinä. Nämä 188 vastaajaa – 61 prosenttia vastaajista – tekevät siis vain suuhygienistin työnkuvaan kuuluvia tehtäviä. Seuraavassa kysymyksessä

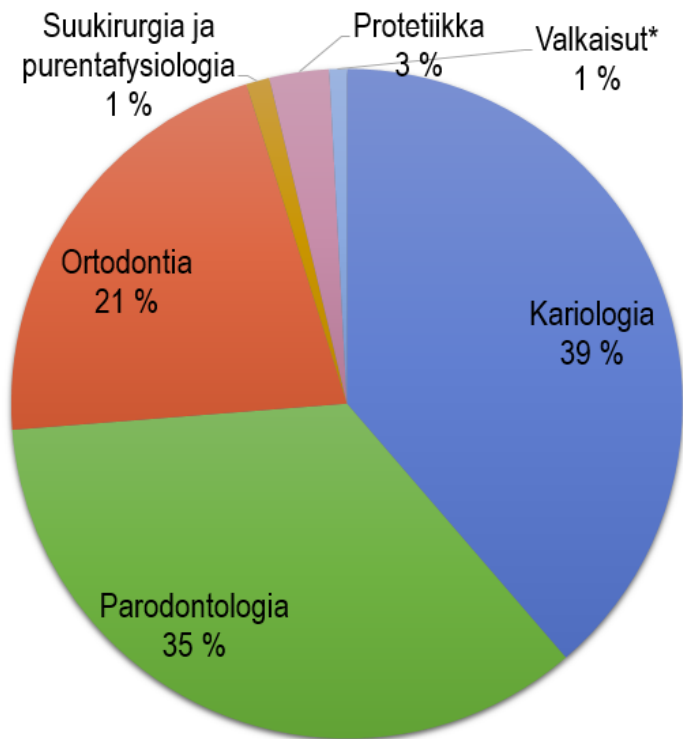
vastaajilta kysyttiin, kuinka usein hammashoitaja avustaa suuhygienistiä kliinisissä työtehtävissä. Neljä suuhygienistiä vastasi, että hammashoitaja avustaa heitä päivittäin tai kaksi neljä kertaa viikossa. Seitsemää vastaajaa hammashoitaja avusti kerran viikossa tai kerran kuukaudessa. 63 vastaajaa vastasi, että heitä avustettiin tätäkin harvemmin. Hammashoitaja ei avustanut lainkaan 218:sta vastaajaa.



KUVIO 2. Hammashoitajan työtehtävien toistuvuus yksityisellä (N=74) ja julkisella (N=235) sektorilla

6.2 Tulokset erikoisaloittain

Taustakysymysten jälkeen tulleet kuusi seuraavaa kysymystä käsittelivät suuhygienistin työhön mahdollisesti kuuluvia toimenpiteitä. Kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa suuhygienistien tekemien toimenpiteiden kirjo ja toistuvuus huolimatta suuhygienistien erilaisista koulutus- ja työkokemustaustoista. Kysymykset oli jaettu erikoisaloittain - yksi erikoisala jokaiselle sivulle. Kysymyksissä kysyttiin erikoisalakohteisesti toimenpiteen toistuvuutta suuhygienistin työssä (Kuvio 3). Kysymykset olivat edelleen monivalintakysymyksiä. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: päivittäin, kahdesta neljään kertaa viikossa, kerran viikossa, kahdesta neljään kertaa kuukaudessa, kerran kuukaudessa, harvemmin, ei lainkaan ja en osaa sanoa.



* Valkaisuja tehdään vain yksityisellä sektorilla

KUVIO 3. Yhteenveto viikoittain tai useammin toistuvista erikoisalojen toimenpiteistä (N=309)

Kariologia

TAULUKKO 2. Kariologian osatoimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Pastapuhdistus	91%	5%	1%	1%	1%	2%	0%	0%
Fluorikäsitely	79%	13%	3%	3%	0%	2%	0%	0%
Plakkivärjäys	10%	14%	8%	16%	6%	29%	17%	0%
Pinnoitus	6%	13%	10%	15%	11%	24%	22%	0%
Kariologinen tarkastus alle 18-vuotiaalle	49%	17%	3%	4%	1%	7%	19%	0%
Kariologinen tarkastus yli 18-vuotiaalle	28%	15%	7%	10%	4%	17%	18%	1%
Ravintoanamneesi	17%	6%	5%	6%	4%	39%	21%	3%
Sylkitesti ja /tai syljen erityisnopeuden arviointi	0%	0%	1%	1%	2%	42%	52%	1%
Paikkaylimäärän/paikka-alimäärän hiominen	10%	12%	15%	21%	15%	24%	4%	0%
Väliaikaisen täyteen asettaminen	6%	16%	13%	18%	16%	27%	5%	1%
Pysyvän täyteen asettaminen(yhdistelmämuovi tai amalgaami)	0%	1%	1%	4%	3%	16%	73%	2%
Bite-wing kuvaus	6%	9%	6%	10%	5%	32%	31%	1%
Yksittäisen hammaskuvan ottaminen	1%	3%	4%	7%	7%	39%	39%	1%
Ortopantomografian ottaminen (OPTG-kuvaus)	4%	6%	6%	3%	2%	9%	69%	1%
Kotihoidon ohjaus kariesriskipotilaalle	72%	18%	4%	4%	1%	1%	0%	0%

Kysymyksessä selvitettiin, minkä verran vastaajien työnkuvaan kuuluu kariologian osatoimenpiteet (Taulukko 2). Suurin osa vastaajista suoritti päivittäin pastapuhdistuksen. 14 vastaajaa ilmoitti tekevänsä tämän kahdesta neljään kertaan viikossa. Vain yksi vastaaja ilmoitti, ettei tee pastapuhdistuksia lainkaan. Suurin osa ilmoitti tekevänsä myös fluorikäsitelyjä päivittäin. Fluorikäsitelyt kuuluivatkin jokaisen vastaajan työnkuvaan jossain määrin. Valtaosalla vastaajista tämä toteutuu kahdesta neljään kertaan kuukaudessa tai useammin. Vain 7 vastaajaa ilmoitti tekevänsä fluorikä-

sittelyjä harvemmin. Plakkivärjäyksien teossa vaihtelua oli runsaasti. Enemmistö, 90 vastaajaa, ilmoitti kuitenkin tekevänsä plakkivärjäyksiä harvemmin. Noin kymmenesosa ilmoitti tekevänsä plakkivärjäyksiä päivittäin. Noin viidesosa ilmoitti, ettei tee plakkivärjäyksiä lainkaan.

Vain 17 vastaajaa ilmoitti tekevänsä hampaiden pinnoituksia päivittäin. Suurin osa vastaajista tekee pinnoituksia harvemmin tai ei lainkaan. Lähes puolet vastaajista ilmoitti tekevänsä alle 18-vuotiaiden kariologisia tarkastuksia päivittäin. 58 vastaajaa ilmoitti, ettei tee näitä lainkaan. Yli 18-vuotiaiden kariologisia tarkastuksia ilmoitti tekevänsä puolestaan hieman yli neljännes vastaajista. Yhteensä 110 vastaajaa ilmoitti tekevänsä näitä harvemmin tai ei lainkaan. Kuitenkin selkeästi suurin osa vastaajista ilmoitti antavansa kotihoidon ohjausta kariesriskipotilaalle päivittäin, tai ainakin kahdesta neljään kertaa viikossa. Vain yksi vastaaja ilmoitti, ettei tee tätä lainkaan.

Suurin osa ilmoitti tekevänsä ravintoanamneeseja harvemmin. 64 vastaajaa ilmoitti, ettei tee näitä lainkaan. Näitä ilmoitti tekevänsä 53 vastaajaa. Sylkitestejä ei tehdä juuri lainkaan. 131 vastaajaa ilmoitti tekevänsä näitä harvemmin, 161 vastaajaa ei lainkaan. Vain yksi vastaaja kertoi tekevänsä sylkitestejä päivittäin. Paikkaylimäärän/-alimäärän hiomisen toteutus jakautui melko tasaisesti vastaajien kesken. 30 ilmoitti tekevänsä tätä päivittäin, kuitenkin yli puolet ilmoitti tekevänsä hiontaa kahdesta neljään kertaa kuukaudessa tai tätä harvemmin.

Väliaikaisia täytteitä ilmoitti asettavansa päivittäin 17 vastaajaa, 48 ilmoitti tekevänsä tätä kahdesta neljään kertaan viikossa. Yli neljännes vastasi asettavansa väliaikaisia täytteitä harvemmin. Pysyviä täytteitä asetti päivittäin vain yksi vastaaja. Selkeästi suurin osa vastaajista, 226 henkilöä, ilmoitti, ettei aseta pysyviä täytteitä lainkaan. Kuitenkin 29 vastaajaa kertoi asettavansa pysyviä täytteitä kahdesta neljään kertaan viikossa.

Suurin osa vastaajista ei ota lainkaan röntgenkuvia. Yksittäisiä röntgenkuvia ilmoitti ottavansa harvemmin tai ei lainkaan yli puolet vastaajista. Samoin oli myös Bite-wing- ja OPTG-kuvausten kanssa. 17 henkilöä ilmoitti ottavansa Bite-wing-kuvia päivittäin, yksittäisiä hammaskuvia otti 3 henkilöä päivittäin ja OPTG-kuvia 12 henkilöä päivittäin.

Parodontologia

TAULUKKO 3. Parodontologian osatoimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Hammaskiven poisto ultraäänilaitteella	88%	6%	1%	1%	0%	2%	2%	0%
Hammaskiven poisto käsi- instrumentein	91%	6%	1%	2%	0%	1%	0%	0%
Hammaskiven poisto alle 6mm ientaskusta	87%	6%	1%	2%	1%	2%	1%	0%
Hammaskiven poisto 6mm tai syvemmästä ientaskusta	32%	32%	14%	9%	2%	6%	5%	1%
Pintapuudutus	10%	20%	16%	23%	14%	16%	2%	0%
Infiltraatiopuudutus	2%	9%	5%	10%	6%	18%	50%	0%
Soodapuhdistus/Jauhepuhdistus	8%	8%	3%	6%	3%	6%	66%	0%
Parodontologisen statuksen itsenäinen kirjaaminen	7%	4%	3%	5%	5%	31%	44%	1%
Bakteerinäytteen otto ientaskusta	0%	0%	0%	1%	1%	12%	84%	1%
Kotihoidon ohjaus kiinnityskudossairautta sairastavalle potilaalle	75%	13%	4%	3%	0%	3%	2%	0%

Kysymyksessä selvitettiin parodontologian osa-alueeseen kuuluvien toimenpiteiden toistuvuutta (Taulukko 3). Toimenpiteitä tämän kysymyksen alla oli kymmenen erilaista. Hammaskiven poiston ultraäänilaitteella teki vastaajista päivittäin 272 vastaajaa. Viisi vastaajista vastasi, ettei käytä lainkaan ultraäänilaitetta. Yksi vastaaja käytti ultraäänilaitetta kerran kuukaudessa, ja viisi vastaajaa harvemmin. Käsi-instrumentteja hammaskivenpoistossa puolestaan käytti päivittäin 282 vastaajaa, eli lähes kaikki. Yksikään vastaajista ei vastannut, ettei käyttäisi lainkaan käsi-instrumentteja.

Hammaskiveä poisti alle 6mm ientaskusta päivittäin 270 vastaajaa kun taas kolme vastaajista ei tee kyseistä toimenpidettä lainkaan. Vastaajista 20 poisti hammaskiveä alle 6mm ientaskusta kaksi neljä kertaa viikossa, kaksi vastaajaa kerran viikossa ja viisi vastaajaa kaksi neljä kertaa kuukaudessa. Tätäkin harvemmin kyseisen toimenpiteen teki kuusi vastaajaa. Hammaskiven poiston 6mm

tai syvemmästä ientaskusta teki päivittäin 100 vastaajaa. Toisaalta 15 vastaajaa vastasi, ettei tee toimenpidettä lainkaan ja kaksi vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa”.

Seuraavat kaksi kysymystä koskivat puudutteen käyttöä. Infiltraatiopuudutuksen tekemiseen tarvitaan erillinen koulutus, sitä ei Suomessa saa tehdä suuhygienistin peruskoulutuksella. Pintapuudutetta vastanneista suuhygienisteistä käytti päivittäin 30 vastaajaa. Vastaajista kuusi vastasi, ettei käyttänyt lainkaan pintapuudutetta, ja yksi vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa”. Vastaajista 62 käytti pintapuudutetta kaksi neljä kertaa viikossa, 49 vastaajaa kerran viikossa ja 70 vastaajaa kaksi neljä kertaa kuukaudessa. Vastaajista seitsemän teki päivittäin infiltraatiopuudutuksen ja 204 vastaajaa ei tehnyt sitä lainkaan. Voidaan siis olettaa, että suurin osa vastaajista ei ollut käynyt infiltraatiopuudutukseen tarvittavaa lisäkoulutusta. Yksi vastaaja ei osannut sanoa. 19 vastaajaa teki infiltraatiopuudutuksen kerran kuukaudessa ja 55 vielä harvemmin.

Soodapuhdistinta tai jauhepuhdistinta käytti päivittäin vain 26 vastaajaa. Vastaajista 24 käytti sooda- tai jauhepuhdistinta kaksi neljä kertaa viikossa, yhdeksän vastaajaa kerran viikossa ja 17 vastaajaa kaksi- neljä kertaa kuukaudessa. Kerran kuukaudessa tai harvemmin laitetta käytti 28 vastaajaa. Kyselyyn vastanneista 204 ei käyttänyt jauhepuhdistinta lainkaan, ja yksi ei osannut vastata kysymykseen. Parodontologisen statuksen itsenäisesti kirjasi päivittäin 21 vastaajaa. Vastanneista suuhygienisteistä 12 kirjasi itsenäisesti parodontologisen statuksen kaksi neljä kertaa viikossa ja 9 kerran viikossa. Vastaajista 15 vastasi tekevänsä kyseisen toimenpiteen kaksi neljä kertaa kuukaudessa, 16 vastaajaa kerran kuukaudessa ja 96 harvemmin. Vastaajista 137 vastasi, ettei tee toimenpidettä lainkaan, ja kolme vastasi ”en osaa sanoa”.

Bakteerinäytteen ottoa ientaskusta ei vastaajista kukaan tehnyt päivittäin. Sen sijaan yksi vastaaja vastasi tekevänsä sen kaksi neljä kertaa viikossa, yksi vastaaja kerran viikossa ja kolme vastaajaa kaksi neljä kertaa kuukaudessa. Kaksi vastaajaa otti bakteerinäytteen ientaskusta kerran kuukaudessa ja 37 harvemmin. Suurin osa kyselyyn vastanneista ei kuitenkaan ottanut bakteerinäytteitä lainkaan, sillä näin vastasi 261 suuhygienistiä. Neljä henkilöä vastasi kysymykseen ”en osaa sanoa”. He eivät mahdollisesti tienneet, mitä toimenpiteellä tarkoitettiin. Kotihoidon ohjausta kiinnityskudossairautta sairastavalle potilaalle päivittäin antoi suurin osa vastanneista eli 232 vastaajaa. Viisi vastaajista ei antanut kyseistä kotihoidon ohjausta lainkaan. Vain yksi vastaaja antoi edellä mainittua kotihoitoa kerran kuukaudessa ja 9 vastannutta vielä harvemmin.

Ortodontia

TAULUKKO 4. Ortodontian osatoimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Alginaattijäljennös	10%	22%	10%	9%	5%	20%	23%	0%
Purentaindeksi	11%	22%	10%	9%	4%	17%	28%	0%
Mallien valaminen ja/tai hionta	4%	11%	6%	5%	4%	13%	56%	0%
Separointikumin laitto/poistaminen	6%	20%	9%	13%	7%	20%	24%	0%
Renkaiden sovitus	4%	15%	5%	6%	2%	11%	57%	0%
Renkaiden sementointi/poistaminen	4%	12%	8%	7%	5%	14%	50%	0%
Oikomispotilaan kliininen valokuvaus	2%	4%	2%	3%	1%	8%	81%	0%
Retentiokaaren muotoilu, kiinnitys ja/tai poistaminen	2%	6%	3%	11%	5%	19%	54%	0%
Ensiapu oikomishoidon potilaalle	7%	7%	9%	11%	10%	30%	26%	0%
Kiinteän oikomiskojeen kaaren irroitus ja/tai uudelleen kiinnitys	5%	5%	5%	5%	5%	19%	58%	0%
Oikomiskojeen aktivointi	4%	4%	2%	2%	3%	10%	76%	0%
Palatinaali- tai linguaalikaaren kiinnitys	2%	5%	4%	6%	3%	16%	64%	0%
Kiinteän oikomiskojeen purkaminen	2%	8%	6%	8%	7%	20%	49%	0%
Suun ulkopuolisen vedon käytön opetus(niska- tai kombiveto)	2%	2%	2%	3%	4%	14%	73%	0%
Kiinnikkeen paikan määrittäminen ja kiinnitys	2%	4%	3%	5%	3%	14%	69%	0%
Kotihoidon ohjaus oikomishoidon potilaalle	14%	17%	12%	19%	7%	14%	18%	0%

Suurin osa vastaajista ilmoitti tekevänsä oikomishoidon osatoimenpiteitä harvemmin tai ei lainkaan, lukuun ottamatta alginaattijäljennösten ja purentaindeksin ottamista, sekä separointikumien laittamista tai poistamista (Taulukko 4). Alginaattijäljennöksiä ilmoitti ottavansa päivittäin 32 vastaajaa. Vastaajista 67 ilmoitti ottavansa näitä kahdesta neljään kertaa viikossa. Yhteensä 134 vastaajaa ilmoitti ottavansa alginaattijäljennöksiä harvemmin tai ei lainkaan. Purentaindekseissä vastausmäärät kulkivat lähes samoina kuin alginaattijäljennöksissä. 33 ilmoitti ottavansa näitä päivittäin, 67 kahdesta neljään kertaan viikossa, ja yhteensä 138 vastaajaa ilmoitti ottavansa purentajäljennöksiä harvemmin tai ei lainkaan. Yli puolet, 174 vastaajaa, ilmoitti, ettei tee lainkaan mallien valamista ja/tai hiontaa. 34 vastaajaa ilmoitti tekevänsä tätä kahdesta neljään kertaa viikossa.

Vastaajaajista 61 ilmoitti asettavansa tai poistavansa separointikumin kahdesta neljään kertaan viikossa, 17 vastaajaa päivittäin. Yhteensä 137 vastaajaa ilmoitti tekevänsä tätä harvemmin tai ei lainkaan. Renkaiden sovitusta ilmoitti tekevänsä päivittäin 12 vastaajaa. Renkaiden sementointia/poistamista puolestaan teki 11 vastaajaa päivittäin. Vastaajista 46 ilmoitti sovittavansa renkaita kahdesta neljään kertaa viikossa. Yhtä usein renkaita sementoi tai poisti 38 vastaajaa. 177 vastaajaa ilmoitti, ettei tee renkaiden sovituksia lainkaan. 154 vastaajaa ilmoitti, ettei tee sementointeja/poistoja lainkaan. Vain harva, yhteensä 26 vastaajaa, ilmoitti tekevänsä retentiokaaren muotoilua, kiinnitystä ja/tai poistamista kahdesta neljään kertaa viikossa tai useammin. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista ilmoitti että tekee tätä harvemmin tai ei lainkaan.

Vain 15 vastaajaa ilmoitti tekevänsä kiinteän oikomiskojeen kaaren irroitus ja/tai uudelleen kiinnitystä päivittäin. Sama määrä ilmoitti tekevänsä tätä kerran viikossa. Suuhygienisteistä 14 vastasi tekevänsä irroituksia ja/tai uudelleenkiinnityksiä kahdesta neljään kertaan viikossa, sama määrä ilmoitti tekevänsä tätä kahdesta neljään kertaa kuussa. Oikomiskojeen aktivointia ilmoitti tekevänsä päivittäin 13 vastaajaa, 11 vastaajaa kahdesta neljään kertaa viikossa. Vastaajista 234 ilmoitti, ettei tee tätä lainkaan. Kiinteän oikomiskojeen purkamisia tekee päivittäin vain viisi vastaajaa. Neljäsosa vastaajista ilmoitti tekevänsä tätä kahdesta neljään kertaa viikossa, sama määrä kahdesta neljään kertaa kuussa. Kerran viikossa purkamisia tekee 18 vastaajaa. Hieman yli viidennes tekee oikomiskojeen purkamisia kerran kuukaudessa. 150 henkilöä ei tee purkamisia lainkaan.

Kiinnikkeiden paikan määrittystä ilmoitti tekevänsä kuusi henkilöä päivittäin, 13 henkilöä kahdesta neljään kertaa viikossa. Kymmenen henkilöä ilmoitti tekevänsä tätä kerran viikossa, 15 henkilöä kahdesta neljään kertaa kuukaudessa. Vastaajista 214 ilmoitti, että ei tee tätä lainkaan. Palatinaali- tai linguaalikaaren kiinnityksiä ilmoitti tekevänsä päivittäin 6 henkilöä vastaajista, 16 heistä ilmoitti tekevänsä näitä kahdesta neljään kertaa viikossa. Viikoittain tätä vastasi tekevänsä 12 henkilöä. Lähes viidennes kertoi kiinnittävänsä palatinaali- tai linguaalikaaria kahdesta neljään kertaan kuukaudessa.

80 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei tee potilaan kliinistä valokuvausta lainkaan. Viisi vastaajaa ilmoitti tekevänsä tätä päivittäin, ja 12 ilmoitti tekevänsä valokuvausta kahdesta neljään kertaa viikossa. Suun ulkopuolisen vedon käyttöä ilmoitti opettavansa viisi vastaajaa päivittäin. Kuusi vastaajaa kertoi tekevänsä tätä kahdesta neljään kertaa viikossa. Suurin osa (225 vastaajaa) ilmoitti, ettei tee tätä lainkaan. Yli puolet vastaajista ilmoitti tekevänsä ensiapua oikomishoidon potilaille

harvemmin tai ei lainkaan. Harvemmin tätä ilmoitti tekevänsä 93 vastaajaa, ei lainkaan 80 vastaajaa. Sekä päivittäin että kahdesta neljään kertaan viikossa keräsi tämän kysymyksen kohdalla viidenneksen vastaajista. Noin neljäsosa ilmoitti tekevänsä valokuvausta kerran viikossa. Kotihoidon ohjausta oikomishoidon potilaalle antoi suurin osa vastaajista. Vain 56 ilmoitti, ettei tee tätä lainkaan. Vastaajista 44 ilmoitti tekevänsä tätä päivittäin, 51 kahdesta neljään kertaa viikossa.

Suukirurgia ja parentafysiologia

TAULUKKO 5. Suukirurgian ja parentafysiologian osatoimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4 krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Ompeleiden poisto	0%	2%	7%	17%	17%	49%	8%	0%
Kirurgisen pastan asettaminen	0%	0%	0%	0%	1%	10%	89%	0%
Purentakiskon hionta	0%	0%	0%	2%	1%	10%	86%	0%
Leukajumpan ohjaus	1%	1%	2%	4%	6%	31%	56%	0%
Kotihoidon ohjaus parentafysiologian/suukirurgian potilaalle	1%	1%	1%	6%	6%	35%	49%	1%

Yhdeksäs kysymys käsitteli suukirurgisten ja parentafysiologisten toistuvuutta vastaajien työssä (Taulukko 5). Tällä erikoisalalla on viisi toimenpidettä, joita suuhygienistin on mahdollista työssään tehdä. Ompeleiden poistoja vastanneista suuhygienisteistä teki päivittäin yksi vastaaja. Vastanneista 24 ei tehnyt ompeleiden poistoja lainkaan. Kerran kuukaudessa ompeleita poisti 52 vastaajaa, ja suurin osa vastaajista (152 vastaajaa) poisti ompeleita tätäkin harvemmin. Kirurgisen pastan asettamista ei kukaan suuhygienisteistä tehnyt päivittäin tai edes kaksi neljä kertaa viikossa. Yksi vastaaja vastasi tekevänsä toimenpiteen kerran viikossa ja kolme vastaajaa kerran kuukaudessa. Tätäkin harvemmin kirurgisen pastan asettamisen teki 31 vastaajaa, ja 274 vastasi, ettei tee toimenpidettä lainkaan. Purentakiskon hionta oli myös melko harvinainen toimenpide suuhygienistien keskuudessa. Vastaajista 267 vastasi, ettei tee toimenpidettä lainkaan, ja yksi vastasi, ettei osaa sanoa.

Leukajumpan ohjaus oli yleisempää sillä kolme vastaajaa teki sitä päivittäin ja kaksi vastaajaa kaksi neljä kertaa viikossa. Vastaajista 95 vastasi tekevänsä toimenpiteen harvemmin ja 172 vastaajista ei tehnyt tätä lainkaan. Yksi vastaaja vastasi kysymykseen “en osaa sanoa”. Toinen melko yleinen toimenpide oli kotihoidon ohjaus suukirurgian tai purentafysiologian potilaalle. Neljä vastaajaa antoi kotihoidon ohjausta päivittäin, neljä kaksi neljä kertaa viikossa kuten myös neljä vastaajaa kerran viikossa. Vastaajista 150 vastasi, ettei antanut kyseistä kotihoidon ohjausta lainkaan työssään, ja kaksi vastasi “en osaa sanoa”.

Protetiikka

TAULUKKO 6. Protetiikan osatoimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Proteesin painokohdan hionta	0%	0%	1%	3%	3%	37%	56%	0%
Pinteiden kiristys	1%	1%	0%	2%	3%	27%	66%	0%
Proteesin väliaikainen pohjaus	0%	0%	0%	0%	0%	3%	96%	0%
Kotihoidon ohjaus proteesien käytöstä/puhdistamisesta	8%	18%	16%	21%	13%	16%	8%	0%

Seuraavalla kysymyksellä selvitettiin muutamalla kysymyksellä, minkä verran vastaajat tekevät protetiikan osatoimenpiteitä työssään (Taulukko 6). Suurin osa teki protetiikan osatoimenpiteitä harvemmin tai ei lainkaan - lukuun ottamatta kotihoidon ohjausta proteesien käytöstä/puhdistuksesta. Tätä ilmoitti tekevänsä päivittäin 25 vastaajaa. Sama määrä ilmoitti, ettei tee tätä lainkaan. Kuitenkin yli puolet vastaajista ilmoitti tekevänsä kotihoidon ohjausta kerran kuukaudessa tai vielä useammin. Proteesin painokohdan hiontaa päivittäin ei tehnyt kukaan vastaajista. Vastaajista 115 ilmoitti tekevänsä tätä harvemmin, ja 172 ei lainkaan. Yhdeksän vastaajaa kertoi tekevänsä hiontaa kerran kuukaudessa, 10 kahdesta neljään kertaan kuussa. Pinteiden kiristystä ilmoitti tekevänsä päivittäin kaksi vastaajaa, kahdesta neljään kertaan viikossa 4 vastaajaa. Harvemmin tätä tekee 83 vastaajaa, ei lainkaan 203 vastaajaa. Vain yksi ilmoitti tekevänsä proteesien väliaikaisia pohjauksia kahdesta neljään kertaa kuussa, myös yksi vastaaja ilmoitti tekevänsä tätä kerran kuukaudessa. Tätä useammin pohjausta ei tehnyt vastaajista kukaan. Yli 300 vastaajaa ilmoitti, ettei tee pohjauksia lainkaan, tai tekee niitä harvemmin.

Valkaisut

TAULUKKO 7. Valkaisuihin kuuluvien toimenpiteiden toistuvuus vastaajien työnkuvassa (N=309)

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Hampaiden valkaisu vastaanotolla	0%	1%	3%	5%	6%	7%	78%	0%
Jäljennökset valkaisukiskoa varten/ valkaisukiskon valmistus	0%	0%	1%	2%	2%	13%	82%	0%
Kotivalkaisun ohjeistus	0%	0%	2%	4%	4%	16%	74%	0%
Kotihoidon ohjaus ennen valkaisua/valkaisun jälkeen	1%	1%	4%	6%	6%	16%	67%	0%

Kysymys numero 11 koski valkaisuun tekemistä, joten se oli kohdennettu lähinnä yksityisillä hammaslääkäriasemilla työskenteleville suuhygienisteille (Taulukko 7). Toimenpidevaihtoehtoja erilaisille valkaisuille oli kysymyksessä neljä erilaista. Hampaiden valkaisu vastaanotolla teki päivittäin yksi vastaaja ja 240 vastaajaa ei tehnyt toimenpidettä lainkaan. Kaksi neljä kertaa viikossa valkaisun vastaanotolla teki neljä vastaajaa, kerran viikossa yhdeksän vastaajaa ja kaksi neljä kertaa kuukaudessa 16 vastaajaa. Kerran kuukaudessa valkaisun vastaanotolla teki 17 vastaajaa ja harvemmin 22 vastaajaa. Jäljennökset valkaisukiskoa varten tai valkaisukiskon valmisti yksi vastaaja kaksi neljä kertaa viikossa. Kukaan ei siis tehnyt toimenpidettä päivittäin ja 254 vastaajista vastasi, ettei tee toimenpidettä lainkaan. Kaksi vastaajaa teki toimenpiteen kerran viikossa, seitsemän vastaajaa kaksi neljä kertaa kuukaudessa ja kuusi vastaajaa kerran kuukaudessa. Vastaajista 39 teki toimenpiteen tätäkin harvemmin.

Kotivalkaisun ohjeistuksen potilaalle antoi yksi vastaaja kaksi neljä kertaa viikossa, ei siis yksikään vastaaja päivittäin. Kerran viikossa kotivalkaisun ohjeistuksen antoi viisi vastaajaa, kaksi neljä kertaa kuukaudessa 13 vastaajaa ja kerran kuukaudessa 11 vastaajaa. Vastaajista 50 antoi ohjeistusta harvemmin ja 229 vastaajaa ei lainkaan. Viimeinen monivalintakysymys valkaisuun liittyen käsitteli kotihoidon ohjeistuksen antamista ennen tai jälkeen valkaisun. Neljä vastaajaa vastasi antavansa potilaille valkaisun jälkeistä tai edeltävää ohjausta päivittäin, kun taas 206 kyselyyn vastannutta ei antanut ohjeistusta lainkaan. Kaksi vastaajaa vastasi antavansa kyseistä ohjeistusta

kaksi neljä kertaa viikossa, 12 vastaajaa kerran viikossa ja 18 vastaajaa kaksi neljä kertaa kuukaudessa. Kerran kuukaudessa valkaisun suhteen ohjeisti 18 vastaajaa, ja 49 vastaajaa harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

6.3 Työnjakoa koskevat kysymykset

Kyselyn loppuun on sijoitettu kaksi suuhygienistin ja hammaslääkärin työnjakoa koskevaa kysymystä (kysymykset 12 ja 13). Kyselyn viimeinen kysymys (kysymys numero 14) on avoin ja siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Tähän kyseiseen "vapaa sana"- kohtaan ajatuksiaan kirjoitti 109 vastaajaa. Työnjakoa koskevilla kysymyksillä halusimme selvittää vastaajien tyytyväisyyttä työnjakoon työyhteisöissä. Kysymys numero 12 on väittämiä sisältävä kysymys, jossa osa väittämistä koskee työnjaon lisäksi muita ajankohtaisia ilmiöitä suun terveydenhuollossa.

Suurin osa oli täysin samaa mieltä, tai osittain samaa mieltä siitä, että suuhygienistin koulutus on tarpeeksi kattava vastaajan työnkuvaan nähden. Kuitenkin 50 vastaajaa oli osittain eri mieltä. Täysin eri mieltä oli 10 vastaajaa. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa. Lisäkoulutuksen tarvetta nykyisiin työtehtäviin nähden kannatti 114 vastaajaa olemalla osittain samaa mieltä. Toisaalta 83 henkilöä oli väittämän kanssa täysin eri mieltä, ja 45 vastaajaa osittain eri mieltä. 34 vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. 30 vastaajaa oli väittämän kanssa täysin samaa mieltä. Kolme vastaajaa ei osannut sanoa.

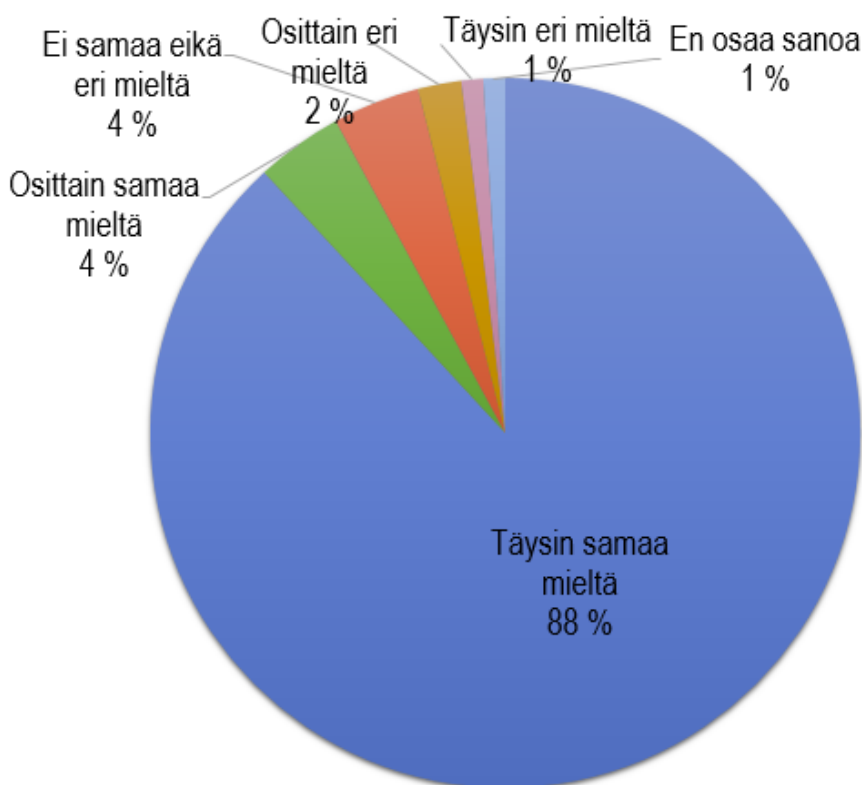
Suurin osa vastaajista oli samaa mieltä siitä, että saa suuhygienistin työssä hyödyntää monipuolisesti koulutuksensa tuomaa osaamista. Vain 19 vastaajaa oli täysin eri mieltä, 48 oli osittain eri mieltä. Suurin osa oli myös sitä mieltä, että työnkuva on jo vastaamishetkellä riittävän monipuolinen. 65 henkilöä oli osittain eri mieltä, 25 henkilöä puolestaan täysin eri mieltä. Vaikka suuri osa piti työnkuvaansa jo tällä hetkellä riittävän monipuolisena, oli suuri osa vastaajista halukas tehdä vielä nykyistä monipuolisempia työtehtäviä. 122 vastaajaa oli tästä täysin samaa mieltä, 96 vastaajaa osittain samaa mieltä. 40 vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä. 29 vastaajaa oli osittain eri mieltä, ja 18 täysin eri mieltä. 4 vastaajaa ei osannut sanoa. Selkeästi suurin, 226 vastaajaa, osa oli täysin samaa mieltä siitä, että monipuolinen työnkuva edistää työssä jaksamista. Vain kolme oli väittämän kanssa täysin eri mieltä, 6 osittain eri mieltä. Osittain samaa mieltä oli 88 vastaajaa.

Suurimmassa osassa vastaajien työyhteisöistä hammaslääkärit luottavat suuhygienistien osaamiseen. Täysin samaa mieltä tästä oli 144 vastaajaa, osittain samaa mieltä oli 110 vastaajaa. 15 ei

ollut samaa eikä eri mieltä, 29 oli osittain eri mieltä ja 8 täysin eri mieltä. Mielipiteet jakautuivat aiempia väittämiä tasaisemmin seuraavan väittämän kohdalla, jossa todettiin että hammaslääkärit tekevät liikaa suuhygienistin työnkuvaan kuuluvia työtehtäviä. Täysin samaa mieltä tämän väittämän kanssa oli 41 vastaajaa, osittain samaa mieltä 98 vastaajaa. Osittain eri mieltä tästä väittämästä oli 59 vastaajaa, täysin eri mieltä 73 vastaajaa. Kuitenkin suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että omassa työyhteisössä olisi tarpeen kehittää työnjakoa hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä. Täysin samaa mieltä väittämän kanssa oli 78 vastaajaa, osittain samaa mieltä oli 114 vastaajaa. Noin kymmenesosa vastaajista oli täysin eri mieltä, ja sama määrä osittain eri mieltä. Erittäin moni vastaajista uskoikin siihen, että tulevaisuudessa suuhygienistille siirretään enemmän hammaslääkärin tekemiä työtehtäviä. Tämän väitteen kanssa täysin samaa mieltä oli 140 vastaajaa, ja osittain samaa mieltä 121 vastaajaa. Vain 20 vastaajaa oli osittain tai täysin eri mieltä tämän väittämän kanssa.

Enemmistö vastaajista oli tyytyväinen työyhteisönsä suuhygienistien määrään. Väittämänä oli siis se, että työyhteisössä työskentelee riittävän monta suuhygienistiä. Täysin samoilla linjoilla oli 112 vastaajaa. Osittain samaa mieltä oli 62 vastaajaa. Lähes sama määrä oli kuitenkin täysin eri mieltä, ja myös osittain eri mieltä. 87 henkilöä oli täysin samaa mieltä siitä, että työnjako/ hoitoon pääsy paranisi, jos työyhteisöön palkattaisiin useampi suuhygienisti. 61 vastaajaa oli osittain samaa mieltä tämän väittämän kanssa. 52 henkilöä ei ollut samaa eikä eri mieltä. Lisäksi melko moni, 13 henkilöä, ei osannut sanoa vastausta tähän väittämään. Täysin eri mieltä oli vastaajista 50, ja osittain eri mieltä 46 henkilöä. Mielipiteet jakautuivat melko tasaisesti puolesta ja vastaan siitä, edistääkö nykyinen työnjako parhaalla mahdollisella tavalla potilaiden hoitoon pääsyä. Tästä täysin samaa mieltä oli 51 vastaajaa, osittain samaa mieltä 98 vastaajaa. Puolestaan osittain eri mieltä oli vastaajista 71 henkilöä, ja täysin eri mieltä 31 henkilöä.

Laitoimme viimeiseen väitteeseen vielä tiedustelun siitä, tulisiko vastaajien mielestä suuhygienistin toimenpidepalkkiot ottaa käyttöön kaikkialla Suomessa (Kuvio 3). Vastaajista 274 oli täysin tämän kannalla. Vain vastaajista 7 henkilöä oli osittain tai täysin eri mieltä. Kaksitoista henkilöä ei ollut samaa eikä eri mieltä.



KUVIO 3. Vastaajien halukkuus ottaa toimenpidepalkkiot käyttöön kaikkialla Suomessa (N=309)

Kysymyksellä numero 13 halusimme selvittää suuhygienistien tyytyväisyyttä hammaslääkäreiden ja suuhygienistien työnjakoon työyhteisöissä. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat seuraavanlaiset: Erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen, melko tyytymätön, tyytymätön ja en osaa sanoa. Vastaajista 61 vastasi olevansa erittäin tyytyväisiä työyhteisön hammaslääkäreiden ja suuhygienistien väliseen työnjakoon. Suurin osa vastaajista (196) vastasi olevansa melko tyytyväisiä. Vastaajista 30 vastasi olevansa melko tyytymättömiä ja 18 tyytymättömiä työnjakoon. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa. Vastausten perusteella suurin osa vastaajista oli siis erittäin tyytyväisiä tai melko tyytyväisiä työnjakoon.

Avoin kysymys

Kyselyn viimeinen kysymys on avoin ja vapaaehtoinen. Sen otsikkona on "vapaa sana". Ajatuksena on, että tähän vastaajat voivat kommentoida kyselyämme ja saamme sen kautta viiheitä luotettavuutta vähentävistä seikoista tai mahdollisista virheistä kyselyssämme. Samalla vastaajille haluttiin antaa mahdollisuus kirjoittaa omin sanoin aihepiireistä, joita kyselyssämme käsitelimme. Siksi viimeistä kysymystä ei ole otsikoitu sen tarkemmin. Kysymykseen vastasi kuitenkin 109 henkilöä. Vastaukset on jaoteltu teemoittain tutkimuskysymyksien mukaan. Teemat ovat: Suuhygienistien ja hammaslääkäreiden työnjako työyhteisöissä, suuhygienistin työnkuva ja muut kommentit.

Vastaajat olivat laittaneet runsaasti kommentteja **työnjakoon** liittyen. Työnjaon kehittämistä perusteltiin vastaajien kommentteissa vedoten muun muassa työn mielekkyyteen sekä työn fyysiseen kuormittavuuteen. Esimerkiksi hammaskivenpoisto koetaan fyysisesti ja henkisesti rasittavaksi, jos se täyttää työpäivät. Myös tässä yhteydessä on vedottu siihen toimenpidepalkkioihin, sillä niiden käyttöönoton on koettu lisäävän tasa-arvoisuutta, sekä motivaatiota työtä kohtaan. Työnjaon kehittämistä edistää usean vastaajan mielestä se, että suuhygienistien määrä työyhteisössä on riittävä. Joidenkin vastaajien kommentteissa käy ilmi, että riittävillä henkilöstöresursseilla onkin päästy toimimaan työnjakoon. Monet kommenteista linjasivat sitä, että työnjakoa olisi vielä mahdollista kehittää - osa hammaslääkärin toimenpiteistä tulisi näiden mukaan siirtää suoraan suuhygienistille.

Meillä työnjako erittäin hyvä, shg luotetaan ja annetaan kaikki potilaat. Shg ajat ovat kuitenkin rajalliset, töitä olisi useammallekin shg:lle. Niitä ei vaan ole meidän alueella tarpeeksi koulutettuja --.

Omassa yksikössäni työnjako on toimiva lähinnä oikomisen osalta, mutta koko meidän suun terveydenhuollossa työjakoa on syytä kehittää. Suuhygienistien työnkuva olisi hyvä olla monipuolisempi, ettei esim. jollakin pelkästään olisi hammaskivenpoistoja. Ammattitaito pysyy yllä, jos saa työ on monipuolista! Eli laajemmin jaetaan, että jokainen shg saisi tehdä kaikkia osa-alueita. Näin myös työssäjaksaminen lisääntyy!

Haluaisin työnjakoa kehitettävän edelleen esim. oikomishoidon tehtävissä. Työnjakoa pitäisi kehittää toimivammaksi myös lähetekäytäntöjen osalta; täydellinen paron status pitäisi olla ehdoton, koska shg hoitaa paron potilaan hml:n lähetteen perusteella --.

Kommentit **suuhygienistien työnkuvista** olivat moninaisia. Osan mielestä työnkuva on liian yksipuolinen, ja osa taas kommentoi että olisi tarpeen saada lisäkoulutusta. Kokemus työnkuvan mo-

nipuolisuudesta ja haastavuudesta on kommenttien perusteella sidoksissa vastaajan työkokemusvuosiin ja koulutuksen laajuuteen. Koulutuksen sisältö on kehittynyt paljon siitä, kun suuhygienistejä on alun alkaen alettu kouluttaa. Työkokemuksen ja työpaikkakoulutuksen tuoma osaaminen vaikutti myös suureksi osaksi siihen, millaiseksi suuhygienistin työ koettiin. Koulutuksen vaikutus työnkuvaan näkyy seuraavanlaisissa kommentteissa:

Toivoisin, että suuhygienistin toimenkuva olisi yhtä monipuolinen käytännössä, kuin opiskelujen aikana annetaan ymmärtää. Oma aktiivisuus merkitsee, mutta silti on vaikeaa luoda monipuolista työnkuvaa etenkin yksityisellä sektorilla. Myös hammaslääkärien asenne vaikuttaa siihen, kuinka monipuolisia suuhygienistin työtehtävät voivat olla.

Tulevaisuuden shg-koulutusta pitäisi mielestäni monipuolistaa, sillä työn vaativuus kasvaa koko ajan ja koen, että koulutus raapasi vain pintaa. Koulu antaa tietenkin vain perusteet ja työelämä opettaa ammatillaiseksi, mutta koen, että saamani koulutus vastasi enemmän yksityisen puolen tarpeita: koulutuksen pääpaino oli hammaskiven poiston opettelussa. Lisäisin koulutukseen mm. lasten hammashoitoa, kasvatustiedettä, psykologiaa, lääkehoitoa, hoidon tarpeen arvioita, paikkaushoitoa ja ergonomiaa. Palkkaus vaatisi myös kehittämistä: palkka on surkea työn vaativuuteen ja kuormittavuuteen nähden.

Suuhygienistien työnkuvan riippuvuus työyhteisöstä näkyy vahvasti kommentteissa. Johtajuus ja työyhteisön ilmapiiri sekä yleinen taloudellinen tilanne Suomessa vaikuttavat vastaajien mukaan erityisen paljon työnkuvaan. Jotkut vastaajista kokivat myös, että epäluottamus oman ammattikunnan ammattitaitoon on esteenä työnjaon kehittämiselle.

Valitettavasti nykyisessä työyhteisössäni hammaslääkärityönantajani ei anna vastuuta suuhygienistille eikä luota suuhygienistin ammattitaitoon --. Toivoisin myös enemmän pakollisia työyhteisön kehittämisspäiviä/koulutuksia, joihin työnantajienkin olisi osallistuttava. Siksi, on hienoa, että tällaisia kyselyitä myös tehdään.

Jotkut hammaslääkärit ovat hyvin suuhygienistimyönteisiä, toiset taas eivät lähetä potilaita meille kuin ääritapauksissa. Nykyisessä työpaikassa saan kuitenkin tehdä melko monipuolisesti erilaisia töitä, edellisessä paikassa työnkuvani oli paljon suppeampi.

Yksinyrittäjähygienistinä on vaikea ottaa kantaa miten työyhteisöissä töitä jaetaan. Otan kantaa vain siihen miten olen kuullut esim. terveyskeskuksessa tehtävän. Jotta tässä maassa saataisiin hammashoito sujumaan tulisi hygienistien toimia todella paljon lisätä. Itse en enää lähtisi palkkatyöläiseksi. Nyt saan itse päättää miten hoidan asiakasta ja kuinka tiheästi kunkin potilaan tulisi käydä. Oma asiakaskuntani saa paljon kiitosta lääkäreiltä ja korjaavaa hoitoa ei todellakaan tarvitse tehdä asiakkailleni samalla tavalla kuin ennen. Nyt minä saan tehdä ennaltaehkäisevää hoitoa niinkuin kuuluukin --.

Muut kommentit -osioon jaoteltiin ne kommentit, jotka eivät suoranaisesti vastaa tutkimuskysymyksiimme. Kommentteja tuli eniten palkkaukseen liittyen. Kommenttien perusteella monen vastaajan mielestä palkkaus tulisi ottaa paremmin huomioon toimenkuvan laajetessa ja toimenpiteitä siirrettäessä hammaslääkäriltä suuhygienistille. Toimenpidepalkkioita toivottiin kaikille suuhygienisteille useissa kommenteissa, mutta muutama vastaaja oli myös toimenpidepalkkioita vastaan. Terveisiä ja hyvää kesää toivoteltiin kommenteissa myös. Myös kyselyn rakennetta kommentoitiin, lähinnä positiiviseen sävyyn. Lainauksia muutamista vastauksista:

Kiva että joku tutkii näitä ja haluaa kehittää meidän työtä. Onnea vaan

Olipas selkeä ja hyvin suunniteltu kyselylomake!

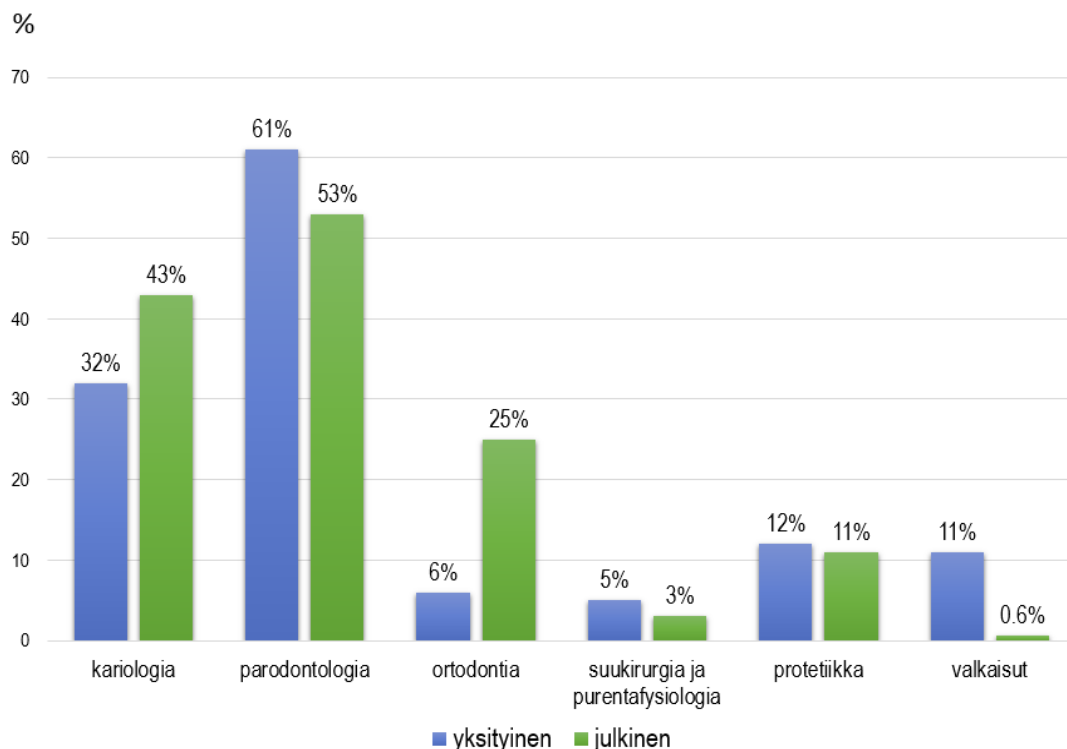
Toimenpidepalkkiot kaikille Suomen suuhygienisteille!

Toimenpidepalkkioita parempi on lisä peruspalkkaan jos osoittaa osaavansa erityistä taitoa. Palkkiot ohjaavat liikaa potilaiden valikointia siihen suuntaan mistä saa toimenpidepalkkioita.

6.4 Eroavaisuudet yksityisen ja julkisen sektorin välillä

Vertailimme vastauksia vielä sen mukaan, työskentelikö vastaaja julkisella vai yksityisellä sektorilla, sillä tuloksista oli havaittavissa eroavaisuuksia työskentelypaikan mukaan (Kuvio 4). Tulosten tarkastelu –osiossa vertaamme löydettyjä eroavaisuuksia aiemmin tehtyihin tutkimuksiin aiheesta. Tätä osiota varten suodatimme erikseen vastaajista julkisella ja yksityisellä työskentelevät vastaajat, jotta pystyimme vertaamaan näiden vastaajaryhmien vastauksia toisiinsa.

Julkiseen sektoriin kyselyssämme kuului julkisen sektorin vastausvaihtoehdon lisäksi avoimesta tekstikentästä poimitut vaihtoehdot Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, YTHS, erityishuoltopiiri, Pkssk sos. palvelut, säätiö, ulkoistetut hammashoitolat sekä julkinen ja yksityinen sektori. Yksityiseen sektoriin kuului lisäksi vastausvaihtoehto ”Olen yrittäjä/itsenäinen ammatinharjoittaja”. Yksityisellä puolella suuhygienisti avustaa huomattavasti useammin hammaslääkärinä/erikoishammaslääkärinä kuin julkisella puolella. Yksityisellä puolella työskentelevistä vain 33 prosenttia ilmoitti, ettei avusta hammaslääkärinä lainkaan. Kahdesta neljään kertaan viikossa puolestaan avusti 13 prosenttia vastaajista. Julkisella puolella vastaavat prosentit olivat 69 henkilöiden osalta, jotka ilmoittivat, etteivät avusta lainkaan. Vain 1 prosentti ilmoitti avustavansa 2-4 kertaa viikossa. Kukaan julkisella työskentelevistä ei avustanut hammaslääkärinä päivittäin.



KUVIO 4. Erikoisalojen toimenpiteiden toistuvuus viikoittain tai useammin yksityisellä (N=74) ja julkisella (N=235) sektorilla

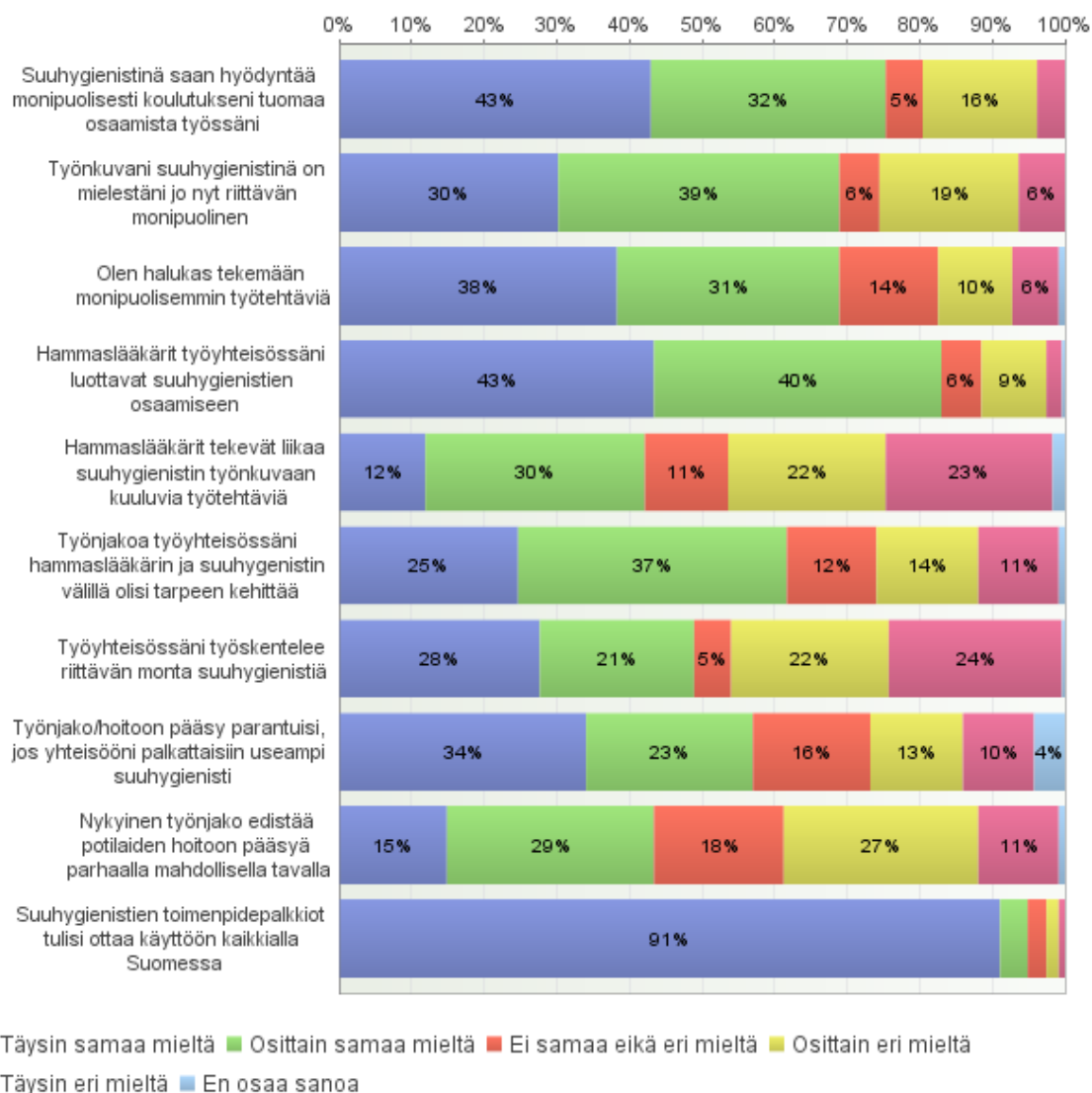
Kariologiassa osatoimenpiteiden toteutuminen yksityisen ja julkisen välillä oli melko samankaltaista pastapuhdistusten, fluorikäsittelyiden, syljen erityisnopeuden mittaamisen ja kotihoidon ohjauksen osalta. Plakkivärjäysten sekä pinnoitusten teko, kariologiset tarkastukset yli ja ali 18-vuotiaille, ravintoanamneesien laadinta, väliaikaisen täytteen asettaminen ja Bite-wing-kuvaus olivat kuitenkin hieman yleisempää yksityisellä kuin julkisella puolella työskentelevien työnkuvassa.

Julkisella ortodontian osatoimenpiteet toistuivat huomattavasti useammin kuin yksityisellä. Yli 90 prosenttia yksityisellä työskentelevistä vastaajista ei tehnyt kiinnikkeiden paikan määrittystä ja kiinnitystä viikoittain tai tätä useammin. Yhtä moni yksityisellä työskentelevistä ei tehnyt suun ulkopuolisen vedon käytön opetusta, palatinaali- ja linguaalikaaren kiinnitystä, kiinteän oikomiskojeen purkamista, renkaiden sovitusta, renkaiden sementointia/poistamista, sekä oikomispotilaan kliinistä valokuvausta. Myös retentiokaaren muotoilua, kiinnitystä ja/tai poistamista; ensiapua oikomishoidon potilaalle, oikomiskojeen aktivointia, sekä kiinteän oikomiskojeen kaaren irroittamista ja/tai uudelleen kiinnitystä yksityisellä sektorilla teki alle kymmenen prosenttia vastaajista. Alginaattijäljennösten ja purentaindeksin ottoa tehtiin hieman tätä toistuvammin. Myös protetiikan osatoimenpiteiden

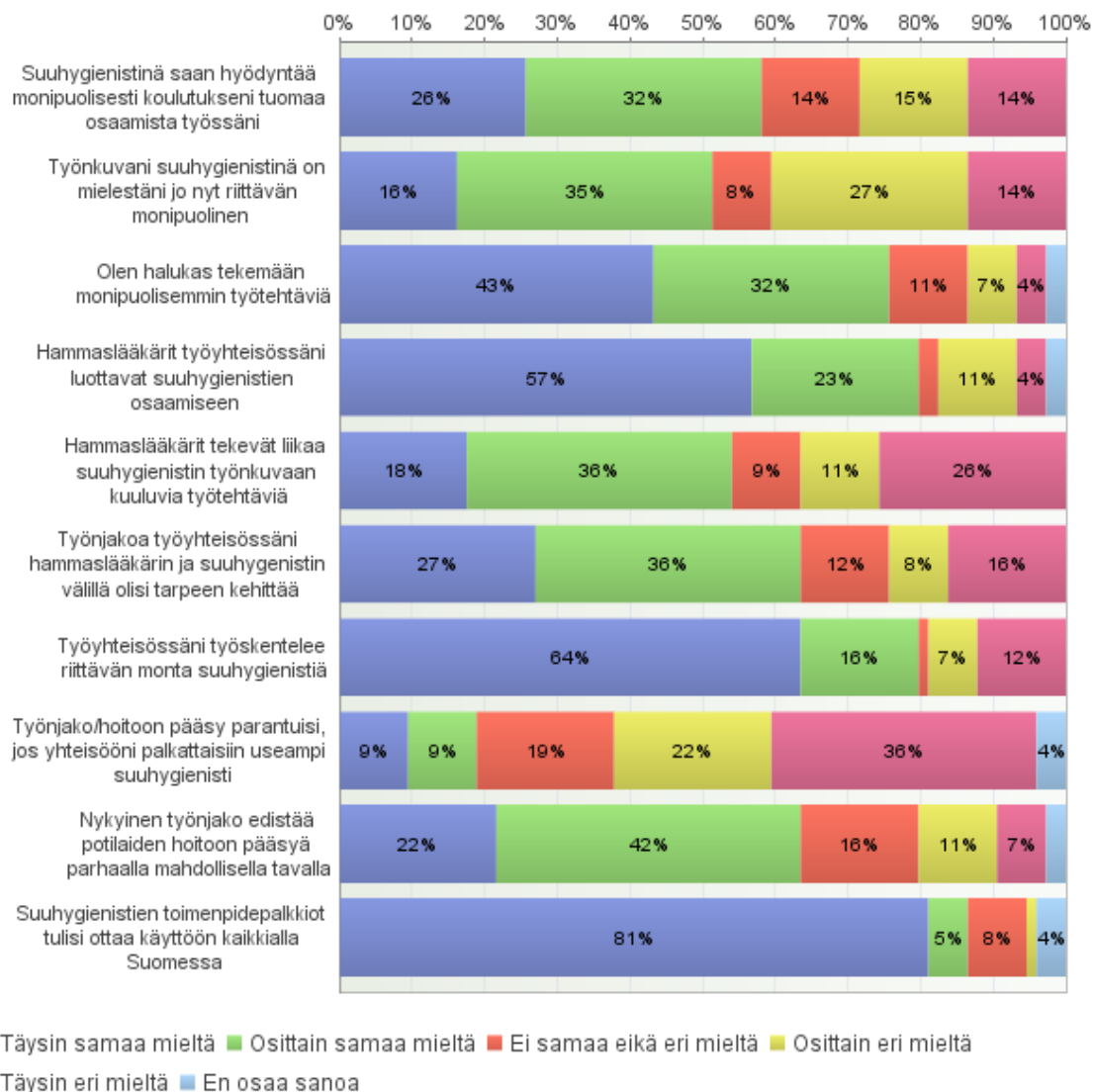
edustus oli vähäistä. Tällä erikoisalalla ei ollut suuria eroja julkisen ja yksityisen sektorin vastaajien välillä.

Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien väliseen työnjakoon liittyvät mielipiteet vaihtelivat myös jonkin verran työskentelysektorin mukaan. Julkisella työskentelevät olivat keskimääräisesti tyytyväisempiä työnkuvansa monipuolisuuteen kuin yksityisellä työskentelevät suuhygienistit (Kuvio 6). Yksityisellä työskentelevät olivatkin julkista halukkaampia monipuolistamaan työtehtäviään. Tämän lisäksi yksityisellä koettiin julkista vahvemmin, että suuhygienistin ja hammaslääkärin välistä työnjakoa tulisi kehittää (Kuvio 5,6).

Eroja sektoreiden välillä näkyi myös siinä, mikä on vastaajan työyhteisön suuhygienistiresurssin tilanne. Julkisella oltiin yksityistä yleisemmin sitä mieltä että työnjako paranisi, jos työyhteisöön palkattaisiin useampi suuhygienisti (Kuvio 5). Yksityisellä oltiinkin kohtalaisen yleisesti sitä mieltä, että työyhteisössä työskentelee riittävän monta suuhygienistiä. Mielipiteet olivat kuitenkin melko yhtenäiset yksityisen ja julkisen välillä siitä, että tulevaisuudessa uskotaan hammaslääkärin toimenpiteiden siirtyvän enemmän suuhygienistille. Yhtä mieltä oltiin lisäksi siitä, että monipuolinen työnkuva edistää työssä jaksamista. Mielipiteet yhtenivät myös siinä, että toimenpidepalkkiot suuhygienisteillä tulisi ottaa käyttöön kaikkialla Suomessa (Kuvio 3).



KUVIO 5. Julkisella sektorilla työskentelevien vastaajien mielipiteitä työnjaosta (N=235)



KUVIO 6. Yksityisellä sektorilla työskentelevien vastaajien mielipiteitä työnjaosta (N=74)

7 TULOSTEN TARKASTELU JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Saimme kyselytutkimuksemme perusteella tietoa siitä, millainen on tämänhetkinen suuhygienistin kliininen työnkuva. Tarkastelimme tuloksia vertailemalla niitä aiemmin tutkittuun tietoon suuhygienistin työnkuvasta. Lisäksi vertasimme niitä suun terveydenhuollon tulevaisuuden näkymiin, sekä tehtyihin teorioihin ja oletuksiin työnjaon kehittymisestä. Koska havaitsimme erot julkisella ja yksityisellä työskentelevien suuhygienistien vastauksissa, teimme vertailua näiden vastaajaryhmien välillä.

Yli kymmenen vuotta sitten tehdyssä Niirasen ja Widströmin tutkimuksessa (2005, 1184–1186) on todettu suuhygienistien olleen halukkaita muokkaamaan toimenkuvaansa. Tutkimuksessamme saatujen tulosten valossa mielipide on edelleen se, että suuhygienistit ovat valmiita tekemään kliinisiä toimenpiteitä monipuolisemmin. Toisaalta suuri osa oli samaa mieltä siitä, että työnkuva on jo tällä hetkellä riittävän monipuolinen. Lisäksi samoilla linjoilla oltiin siitä, että suuhygienisti saa hyödyntää työssään monipuolisesti koulutuksensa tuomaa osaamista. Vaikuttaa siis siltä, että vastaajat ovat jo vastaamishetkellä olleet tyytyväisiä siihen, että työnkuva on monipuolinen. Se näkyy olevan yksi tärkeä tekijä suuhygienistin työssä siitä päätellen, että monipuolisuutta ollaan valmiita lisäämään entisestään. Widström ja Seppälä (2014, viitattu 25.9.2016) ovat kirjoittaneet, että suuhygienisti voisi suorittaa nykyisen 30 prosentin sijasta 70 prosenttia lasten ja nuorten toimenpiteistä.

Kariologian erityisalueen erot voivat mahdollisesti selittyä sillä, että iso osa listan kariologisista toimenpiteistä tehdään lapsipotilaille. Näistä esimerkkinä toimivat vaikkapa pinnoitukset sekä plakki-värjäykset, jotka ovat vastausten perusteella yleisempiä toimenpiteitä julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Lisäksi yksityisellä sektorilla ei ole ongelmana jonoa, joten esimerkiksi väliaikaisen täytteen asettamiselle ei välttämättä täällä ole yhtä suurta tarvetta kuin julkisella puolella – potilas voi saada nopeasti varsinaisen paikkausajan hammaslääkärille. Nopea hoitoon pääsy onkin yksityissektorin vahvuus (STM 2013, 8). Lasten osuus julkisella puolella voi selittää sitäkin, että myös ortodontian osatoimenpiteiden toistuvuus on suurempaa julkisella kuin yksityisellä puolella. Alle 18-vuotiaiden hammastarkastuksia kariologian erikoisalalta tehdään jo melko paljon saatujen vastauksien perusteella.

Kariologian toimenpiteitä tutkittaessa huomataan, että moni tekee myös yli 18-vuotiaiden kariologia tarkastuksia ja ottaa Bite-Wing- kuvia. Suuhygienistit eivät kuitenkaan saa Suomessa diagnosoida kariesta. Tässä voisi olla työnjaon kannalta yksi kehittämisen paikka. Suuhygienistit voisivat lisäkoulutuksen avulla tehdä myös aikuisten tarkastukset. Jo Niirasen ja Widströmin (2005, 1185–1186) mukaan suuhygienistit halusivat hyödyntää osaamistaan tekemällä enemmän aikuisten kariesseulontoja ja röntgenkuvien ottoa. Ne eivät kuitenkaan ole merkittävässä osassa suuhygienistin nykyistä työnkuvaa kyselyymme vastanneiden suuhygienistien vastausten perusteella. Jos suuhygienisteillä olisi diagnosointioikeus, jäisi korjaava hoito hammaslääkärille ja ehkäisevä suuhygienistille. Tällöin kariologisten toimenpiteiden osuus suuhygienistin työnkuvassa olisi mahdollisesti suurempi. Joka tapauksessa suurin osa vastaajista antoi ohjausta kotihoidossa kariesriskipotilaille, ja aikuisten tarkastuksia tehdessä ohjaus tavoittaisi yhä suuremman joukon potilaita. Ruotsissa näin jo toimitaan, siellä suuhygienisteillä on oikeus diagnosoida kariesta ja suuhygienistit tekevät aikuisten kariestarkastuksia (Tandhygienistföreningen 2014, viitattu 25.9.2016). Lisäksi julkisella puolella rasittavat hammashoidon jonot koostuvat pääosin aikuispotilaista, joten kenties tässä voisi myös olla yksi keino vastata huutavaan hoidon tarpeeseen. Kariologiassa on myös digitalisaation tuomia mahdollisuuksia, kun mukaan tarkastuksiin otettaisiin esimerkiksi suukamerat ja diagnosointikamerat, joilla kliiniset näkymät suusta voidaan tallentaa sähköiseen muotoon. Tämä helpottaisi tilanteita, joissa hammaslääkärin konsultointi on tarpeen. Teknologian hyödyntäminen hoitoalalla onkin nähty eräänä terveysalan tulevaisuuden mahdollisuutena (THL 2012, 18).

Parodontologian osa-alueella työnjaossa olisi ilmeisesti kehittämisen varaa, sillä huomattava osa suuhygienisteistä puhdistaa yli 6 millimetrin ientaskuista hammaskiveä päivittäin. Tämän katsotaan olevan vaativuustasoltaan jo erikoishammaslääkäreiden, eli parodontologien, vastuualuetta. Vaikka parodontologia osa-alueena kuuluu merkittävimmin suuhygienistin työnkuvaan, on yllättävää, että parodontologisten statusten kirjaaminen kuuluu vain harvan suuhygienistin säännölliseen työnkuvaan. On mahdollista, että työnjako on tällä alueella toimivaa, ja hammaslääkäri yhdessä hammashoitajan kanssa hoitaa statuksen kirjaamisen. Toinen vaihtoehto on, että niitä laaditaan ylipäättään harvoin. Avoimissa kommentteissa annettiin myös palautetta siitä, että näiden statusten kirjaaminen kuuluisi enemmän työparille, jossa toimii hammaslääkäri ja hammashoitaja, kuin suuhygienistille. Tätä perusteltiin ajankäytöllisillä syillä.

Oikomishoidon osatoimenpiteitä tehdään yhä melko vähän. Mallien ja purentaindeksin otto kuului vain noin puolella vastaajista työnkuvaan kuukausittain tai useammin. Muiden tämän erikoisalan

toimenpiteiden edustus työnkuvassa on hyvin vähäistä. Suuhygienistin koulutuksen puolesta oikomishoidossa voitaisiin tehdä paljon nykyistä enemmän. Oikomishoitoja tehdään julkisella puolella pääasiassa vain lapsille ja nuorille. Tässä on siis selvästi havaittavissa yksi osa-alue, jossa tätä toimenkuvan laajennusta olisi varaa tehdä. Sekä Kampin ja Vihannon (1999; 30–32), että Eskolan ja Töllin (2000; 33,34,41, 52,53,54) tutkimuksissa on todettu yksityisellä työskentelevän suuhygienisti tekevän erityisen vähän ortodontian osatoimenpiteitä. Tilanne on yhä sama. Toki tässä vaikuttaa varmasti edelleen suuresti se, että oikomishoidot Suomessa tehdään useimmiten alle 18-vuotiaille, jotka toteutetaan pääasiassa julkisella puolella.

Parodontologian ollessa yksi merkittävästi yleisimmistä erikoisalueista suuhygienistin työnkuvassa, sekä julkisella että yksityisellä puolella, ovat jotkut osa-alueet erittäin pienessä roolissa. Näitä erikoisalueita ovat protetiikka, parentafysiologia ja kirurgia, sekä valkaisut. Vastaajien kommenttien ja valtakunnan yleisen tilanteen perusteella parodontologian toimenpiteet, erityisesti hammaskivenpoistot, vievät suuhygienistien työajasta merkittävän osan, mikä vie taas aikaa muiden toimenpiteiden tekemiseltä. Väestön ikärakenteen muutos on eräs tulevaisuuden näkymä, joka vaikuttaa myös terveysalaan (THL 2012, 28–35) – näin ollen myös suun terveydenhuoltoon. Kun protetiikka on tänä päivänä mukana vain harvan suuhygienistin työnkuvassa, voidaan senkin ajatella lisääntyvän lähivuosina. Tässä on siis jälleen yksi osa-alue, jolla työnjakoa ja työnkuvaa on tarpeen kehittää.

Niirasen ja Widströmin (2005, 1184–1185) tekemässä tutkimuksessa julkisen sektorin suuhygienistit arvioivat, että heidän ammattitaitonsa tulisi hyödynnettyä paremmin, jos he voisivat tehdä enemmän aikuisten kariesseulontoja. Samassa tutkimuksessa (Niiranen ja Widström 2005, 1184–1186) todettiin, että oikomishoidon toimenpiteitä sekä röntgenkuvien ottoa lisättäessä tulisi suuhygienistien osaaminen laajemmin hyödynnettyä. Samoja tuloksia saimme edelleen mekin, sillä oikomishoidon toimenpiteet keskittyivät edelleen vain muutamille suuhygienisteille. Röntgenkuvien ottoa voisi edelleenkin lisätä meidän tutkimuksemme perusteella.

Erot julkisen ja yksityisen sektorin välillä ovat myös yhä olemassa, mikä on tullut esiin myös aiemmissa tutkimuksissa aiheesta. Sosioekonomiset erot väestön keskuudessa aiheuttavat myös eroja terveydentilassa, mikä asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan. Tämä onkin koettu eräänä terveydenhuollon ongelmana 2000-luvulla. (THL 2012; 12, 14). Kamppi ja Vihanto (1999; 30–32) tekivät opinnäytetyön, joka kartoitti suuhygienistien työnkuvaa yksityisellä ja julkisella sektorilla. Kyseisestä tutkimuksesta on nyt kulunut kuusitoista vuotta ja heidän tutkimuksensa mukaan jo silloin

yksityisellä sektorilla suuhygienistit tekivät huomattavan paljon lähes hammashoitajan toimialueeseen kuuluvia tehtäviä ja hammaskivenpoistoa. Kampin ja Vihannon tutkimus myös viittasi siihen, että suuhygienistin työnkuva tulee kehittymään ja muuttumaan lähivuosina. Tekemämme tutkimustulosten valossa eroja on kuitenkin syntynyt melko vähän, ja työnkuvan kehittyminen on siis hidasta. Erot julkisen ja yksityisen sektorin välillä ovat edelleen suuret. Sote-uudistuksen jälkeen tilanne voi muuttua radikaalistikin erityisesti yksityisellä puolella työskentelevien suuhygienistien työnkuvan suhteen. Vastausten perusteella vaikuttaisi siis siltä, että työnkuva on yksipuolisempi yksityisellä työskentelevillä suuhygienisteillä. Tämä heijastuikin myös kysymyksissä työnjaosta ja työnkuvan monipuolisuudesta, sillä yksityisellä työskentelevät suuhygienistit olivat erityisen halukkaita monipuolistamaan työtehtäviään.

Työnjaon ollessa pidemmälle kehittynyt, suuhygienisti tekee useita toimenpiteitä yhdessä hammaslääkärin kanssa. Kyseisten ammattiryhmien välisen työnjaon kehittämistä on pidetty myös keinona vastata kasvavaan kysyntään suun terveydenhuollossa. (Aaltonen 2007, 25–26.) Suuri osa vastaajista oli jo tällä hetkellä melko tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä tämänhetkiseen työnjakoon. Kuitenkin, suuri osa vastaajista oli sitä mieltä, että työnjakoa hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä olisi yhä tarpeen kehittää. Mielenpiteet jatkuivat kuitenkin melko tasan siitä, tekevätkö hammaslääkärit vastaajien mielestä liikaa suuhygienistin työnkuvaan kuuluvia tehtäviä. Tässä kohtaa voi arvioida sitä, ovatko vastanneet yhteisönsä tämänhetkisen työnjaon perusteella - eli ajatellen että moni suuhygienistin koulutuksen puolesta hallitsema työtehtävä ei edes kuulu vastaajan tämänhetkiseen työnkuvaan.

Voidaan päätellä että halu työnjaon kehittämiseen liittyy myös toiveeseen monipuolistaa suuhygienistin työnkuvaa, mikä kävi ilmi myös avoimen kysymyksen kommentteista. Tulevassa sote-uudistuksessa sosiaali- ja terveysalan painopisteeksi on nimetty ennaltaehkäisevä työ, sujuvat hoitoketjut sekä henkilöstön hyvinvointi (Suomen hammaslääkäriliitto 2015, viitattu 9.12.2015). Nämä kaikki nivoutuvat myös tähän työnjaon kehittämiseen, jonka moni vastaajista koki työn mielekkyyttä edistäväksi ja hoitoketjuja sujuvoittavaksi. Lisäksi toivottiin tehostusta siihen, että hammaslääkäreillä on vastuualueenaan korjaava hoito, ja suuhygienisteillä ennaltaehkäisevä hoito. (Suomen hammaslääkäriliitto 2015, viitattu 9.15.2015.) Ennaltaehkäisevä työ on myös tärkeä tekijä tavoitteessa saada ihmiset tietoisemmiksi suun terveyden vaikutuksista hyvinvointiin, terveyteen sekä sairauksiin (STM 2013, 10). Työnjaon tehostaminen voisi palvella myös tarvetta hammaslääkäreiden erikoistumiseen.

Kyselyn avoimien vastauksien perusteella ristiriitaisuus työnjakoon liittyvissä kysymyksissä selittyy osaksi vastaajien erilaisilla työkokemus- ja koulutustaustoilla. Vanhemmat, pitkään työelämässä olleet suuhygienistit kokevat, ettei oma koulutus riitä enää yhtään nykyistä laajempaan työkuvaan. Nuoremmat, vastavalmistuneet taas kokevat, että eivät saa työssään käyttää hyväksi koko koulutuksen suomaa osaamistaan. Suuhygienisti on terveydenhuollon historiaa ajatellen suhteellisen nuori ammattinimike, ja koulutus on alkuajoista muuttunut radikaalisti nykypäiviin verrattuna. Vastajaat ovat yksimielisiä siitä, että monipuolinen työkuva edistää työssäjaksamista. Tässä on huomioitava, että osa vastaajista voi kokea hammashoitajan työtehtävien tekemisen myönteiseksi vaihteluksi ja edistävän täten työssäjaksamista. Erityisesti yksityisellä sektorilla suuhygienistien työtehtävien yksitoikkoisuus voi vaikuttaa negatiivisesti työssäjaksamiseen, ja hammashoitajan työtehtävät voivat vaihteluna helpottaa työtaakkaa. Toisista paljonkin eroavien lähtökohtien perusteella on kuitenkin vaikeaa määritellä sitä, mikä kenenkin suuhygienistin taustaan verraten tarkoittaa monipuolista tai laajaa työkuva.

Suun terveydenhoidon Ammattiliitto STAL ry:n pyynnöstä kyselyssä on kysymys siitä, kuinka usein vastanneet suuhygienistit tekevät hammashoitajan työkuvaan kuuluvia työtehtäviä. Tuoretta tutkimustietoa ei aiheesta juurikaan ollut, joten kysymys toi uutta, ajantasaista tietoa. Niirasen ja Widströmin (2005, 1184–1185) tutkimuksen mukaan suuhygienistit käyttivät neljänneksen työajastaan hammaslääkärin avustamiseen. Luku ei siis juurikaan ole vuodesta 2005 muuttunut, sillä yksityisellä sektorilla kaksi kolmasosaa kyselyymme vastanneista avusti hammaslääkärää. Voisiko tämä olla yksi työkuvan laajentamista estävä tekijä - pitäisikö nykyisestä työkuvaasta pystyä ensin karsimaan suuhygienistin työkuvan ulkopuolella olevat työtehtävät? Hammashoitajien työtehtävät eivät kuulu suuhygienistien varsinaiseen työkuvaan, joten niiden yleisyys selittyy yksityisellä sektorilla mahdollisesti työvoimapulasta tai muista taloudellisista seikoista.

Johtopäätöksenä voidaan siis todeta, että parodontologia ja kariologia ovat yhä merkittävimmät erikoisalut suuhygienistin viikoittaisessa työkuvaan. Voidaan myös olettaa, että näillä erikoisaloilla työnjako on jo melko kehittynyttä. Muiden erikoisalojen (ortodontia, protetiikka, purentafysiologia ja suukirurgia) toimenpiteitä suuhygienisti tekee erittäin vähän, joten näiltä osin työnjaossa on kuitenkin yhä kehittämisen varaa. Vastanneiden suuhygienistien puolesta työkuvan monipuolistaminen olisikin tervetullutta, mikä on yksi hyvä lähtökohta työnjaon kehittämiseksi.

Mahdollisesti nämä saamamme tulokset antavat pohjaa tuleville tutkimuksille ja vertailuille suuhygienistin työkuvaan, työnjaosta ja niiden kehittymisestä. Toivomme että tuloksia voi hyödyntää

myös jo työelämässä olevat ja sinne valmistuvat suuhygienistit, sillä tulokset antavat tietoa siitä, mitä kaikkea suuhygienistin työnkuva pitää sisällään. Tulokset voivat auttaa suuhygienistejä työnkuvansa ja työnjaon kehittämisessä omassa työyhteisössään. Luomaamme kyselylomaketta voidaan käyttää pohjana tutkittaessa aihetta jatkossa.

8 POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli luoda mahdollisimman kattava tilasto siitä, kuinka laaja on suuhygienistin työnkuva Suomessa. Halusimme selvittää myös kliinistä työtä tekevien suuhygienistien mielipidettä työnjaosta työyhteisöissä. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena Webropolin avulla. Tutkimuksen kohdejoukoksi valikoituivat ne kliinistä työtä tekevät suuhygienistit, jotka kuuluvat joko Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry:een tai Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:een. Vastaajille lähetetty kyselylomake sisälsi yhteensä 14 kysymystä, joista 13 oli monivalintakysymyksiä. Yksi ja kyselyn viimeinen kysymys oli avoin ja vapaaehtoinen. Kyselyyn vastasi yhteensä 355 suuhygienistiä, joista 309 vastaukset hyväksyttiin.

Saadut tulokset olivat samankaltaisia aikaisemmin aihetta käsittelevien tutkimustulosten kanssa. Edellisistä tutkimuksista on kulunut kuitenkin sen verran aikaa, että uskoimme saavamme hieman erilaisia tuloksia. Tutkimuksemme tulosten perusteella yksityisellä sektorilla työskentelevien suuhygienistien työnkuvassa on edelleen huomattavia eroja kunnallisella puolella työskenteleviin suuhygienisteihin. Tämä on mielenkiintoinen seikka, ottaen huomioon tuleva sosiaali- ja terveysalan uudistus, jossa mukaan tulee potilaan valinnanvapaus. Tämä kartoitus tuli siinä mielessä mielenkiintoiseen vaiheeseen, että eroja tutkittiin hetkellä ennen kuin tämä uudistus on tullut voimaan. Kenties tulevaisuudessa voidaan tehdä samantyylinen kartoitus tilanteessa, jossa eletään jo aikaa uudistuksen voimaan astumisen jälkeen.

Aiemmissa tutkimuksissa on ennustettu, että suuhygienistin työnkuva laajenee ja monipuolistuu tulevaisuudessa. Tutkimustuloksia analysoidessa kävi kuitenkin ilmi, ettei kehitystä suuhygienistien työnkuvassa ole juurikaan tapahtunut ennustuksista huolimatta. Suuhygienistit ovat edelleenkin innokkaita monipuolistamaan työnkuvaansa ja suhtautuvat myönteisesti toimenpiteiden siirtämiseen hammaslääkäreiltä oman ammattikunnan edustajilleen. Toimenpiteitä ei vastausten mukaan ole kuitenkaan juurikaan siirretty. Avoimeen kysymykseen vastanneiden suuhygienistien kommenttien perusteella syy tähän ilmiöön voisi olla se, ettei toimenpiteiden lisääminen ole vaikuttanut suuhygienistien palkkaan toivotulla tavalla. Suuhygienistit eivät ole innokkaita laajentamaan työnkuvaansa nykyisestä ellei palkkausta vastaavasti tarkasteta. Tutkimustulosten perusteella suuhygienistit Suomessa tekevät edelleenkin harvoin erikoisalojen toimenpiteitä lukuun ottamatta niitä suuhygienistejä, jotka ovat saaneet lisäkoulutusta. Toisaalta avoimissa kysymyksissä tuli esiin se, että joissain työyhteisöissä työnjaon kehittämiseen vaikuttaa negatiivisesti työnjohto.

Työnjaosta työpaikoilla on käyty koko opiskelujemme ajan keskustelua. Aikaisempien tutkimusten perusteella työnjakoa suun terveydenhuollossa pyritään jatkuvasti kehittämään tehokkuuden ja potilaiden kokonaisvaltaisen hoidon parantamiseksi. Suurin osa kyselyyn vastaajista oli tyytyväisiä työnjakoon, mutta samalla toivottiin sen kehittämistä tehokkuuden parantamiseksi edelleen. Kyse- lyn tutkimusten perusteella työnjaossa voisi vielä olla kehitettävää, mutta tutkimuksemme tarkoitus ei ollutkaan selvittää mitä kyseinen kehittäminen voisi käytännössä olla. Ehdotus jatkotutkimuksen aiheeksi on selvittää ne kliiniset toimenpiteet, jotka voitaisiin siirtää hammaslääkäreiltä suuhygie- nisteille työnjaon tehostamiseksi. Tarkempaa selvitystä voisi tehdä myös siitä, mitkä ovat ne tekijät, jotka jarruttavat työnjaon kehittymistä.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella toisaalta mittaamisen ja aineiston keruun suhteen, toisaalta tulosten luotettavuutena. Tässä kuvataan erityisesti mittarin luotettavuutta, sillä se on kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita. Tutkimuksen tulokset kun ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. (Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1997, 206.) Tässä yhteydessä mitta- rilla tarkoitetaan laatimaamme kyselylomaketta. Kyselylomake oli laadittava huolellisesti, sillä se vaikuttaa merkittävästi tutkimuksen sekä tutkimustulosten luotettavuuteen. Tutkimuksen luotetta- vuuteen vaikuttaa myös vastaajien määrä ja ”laatu”. Vastausprosentti on eräs tutkimuksen luotet- tavuuden ilmais- in. Se kertoo, kuinka moni otokseen valituista vastasi, siis täytti ja palautti kyselylo- makkeen. Otoshan poimitaan niin, että se edustaa perusjoukkoa, mutta mikäli vastausprosentti jää kovin alhaiseksi, edustavuus voi jäädä kyseenalaiseksi. Jos 90 % vastaajista päätti jättää vas- taamatta, voi kysyä, keitä ovat ne henkilöt jotka kyselyyn vastasivat. Tällaisilla prosenteilla kysely siis muuttuu erittäin epäluotettavaksi. (Vehkalahti 2014, 44). Kyselyn pituus ja ymmärrettävyys vai- kuttavat osaltaan vastausprosenttiin. Kyselyn on oltava kattava, mutta ei niin pitkä että vastaajat jättävät sen kesken tai vastaavat huolimattomasti.

Kyselytutkimuksessa vastausprosentti saattaa usein jäädä alhaiseksi. Lisäksi uusintakyselyiden toteuttaminen vie tutkijan aikaa, työtä ja kustannuksia, huolimatta kyselytutkimuksen nopeudesta. Vastaajan väärinymmärtäminen on myös mahdollista, sillä tutkija ei ole läsnä selventämässä vas- taajan mielestä epäselviä kysymyksiä. Ongelmaa voidaan kuitenkin pienentää muodostamalla sel- keä vastausohje ja kysely, sekä esitestaamalla lomake. Aineistonkeruun yhteydessä ei myöskään

voida toteuttaa havainnointia, toisin kuin haastattelututkimuksen yhteydessä. Myös analysointivaiheessa kannattaa pohtia, ketkä ovat jättäneet vastaamatta. Voidaanko näistä muodostaa jonkinlainen ryhmä? (Valli 2015, 44–46.)

Tutkimuksen validiteettiä eli pätevyyttä tarkasteltaessa on keskeistä se, mittaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat saattaneet käsittää monet kysymykset aivan toisin kuin tutkija oli ajatellut. (Hirsjärvi ym.2002, 213.) Edellä mainittuja tutkimusta vääristäviä seikkoja kyselylomakkeen osalta pyrimme välttämään testaamalla kyselylomakkeemme etukäteen koehenkilöillä. Testivaiheessa pystyimme myös selvittämään kyselylomakkeemme reliabiliteettiä eli sitä, kuinka tarkasti se mittaa tutkittavaa ongelmaa ja onko tutkimus toistettavissa niin, että kyseinen henkilö vastaa kysymyksiin samoin uudelleen.

Kyselyn tulosten luotettavuuteen vaikuttavat erityisesti vastaajista ja kyselyn rakenteesta sekä kielestä johtuvat seikat. Vastaajista johtuvaa tutkimuksen vääristymää voivat aiheuttaa esimerkiksi vastaajien väsymys, keskittymiskyky ja se, suhtautuvatko vastaajat vakavasti kyselyyn. Myös vastaajien väärinymmärryksiä kysymysten suhteen on vaikea kontrolloida. Toivoimme, että kun kyselylomakkeiden lähettäjänä toimivat vastaajien etuja ajavat ammattiliitot, nostaa se vastaajien mielenkiintoa tutkimusta kohtaan ja parantaa vastaajien motivaatiota kyselyyn vastaamiseen. Tämä kyseinen seikka vaikuttaa parhaimmillaan myös vastaajien mielissä siihen, että vastaajien henkilötiedot ja anonymiteetti pysyvät varmasti salassa. Kyselyä lähetettäessä ja saatekirjettä kirjoitettaessa on huomattava, että vastaajille on kerrottava, mistä lähteestä heidän sähköpostiosoitteensa on saatu. (Ronkainen, Karjalainen 2008, 125.)

Kyselylomaketta suunniteltaessa oli otettava myös huomioon muutama seikka eettisyyden kannalta. Kyselylomake oli suunniteltava niin, että kysely on mahdollista keskeyttää milloin tahansa eikä kyselylomakkeessa kysytä tutkimuksen kannalta epäolennaisia seikkoja esimerkiksi vastaajan esitiedoissa. Kyselyn kysymykset eivät myöskään saaneet olla johdattelevia, joten vastausvaihtoehdot ja kysymysten asettelu oli tehtävä huolellisesti. Etiikan kannalta on huomioitava myös tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde. Molemmilla tutkimukseen osallistuneilla osapuolilla on täten vastuu tutkimuksen tulosten käytöstä (Vehviläinen-Julkunen, Paunonen 1997, 28). On siis sovittava yhdessä yhteistyökumppaneiden kanssa, miten tutkimuksemme tuloksia tullaan jatkossa hyödyntämään ja kenen luvalla.

8.2 Kyselytutkimuksen arviointi

Kyselyn toteutustavaksi valittiin Webropol-kysely, sillä sen avulla on helppo käsitellä suuriakin vastaajamääriä. Tästä syystä työllemme ei syntynyt varsinaisia kustannuksia. Myöskään valmiin työn esittämisestä ei syntynyt kuluja. Lisäksi kyselytutkimus on hyvä vaihtoehto tutkittaessa henkilöä ja kun tutkittavia on paljon (Vilka 2015a, 94). Kyselylomakkeen ensimmäinen luonnos laadittiin jo heti opinnäytetyöprosessin alussa, sillä se on kaikkein olennaisin osa tutkimusta. Kyselylomakkeen runkoon saatiin tärkeää apua Suomen Suuhygienistiliitto SSHL ry:n tekemästä oppaasta. Tutkimuksen tietoperusta oli laadittu siinä vaiheessa kun muodostimme lopullisen kyselylomakkeen, mikä kuuluu tutkimusmenetelmän deduktiiviseen luonteeseen. Muotoilimme kysymykset niin, että vastaajat eivät ole tunnistettavissa vastaustensa perusteella. Operationalisointia helpotti se, että kyselyn vastaajat olivat samalla alalla työskenteleviä ja alan asiantuntijoita, joten käsitteitä ei tarvinnut avata. Strukturoinnissa käytimme hyödyksi kyselyn jaottelua erillisille sivuille. Erityisaloja käsittelevät kysymykset olivat kyselyssä peräkkäin, samoin kuin työnjakoa käsittelevät kysymykset. Haastavinta kyselyn luomisessa oli se, että mukaan tuli saada kattavasti kaikki mahdolliset toimenpiteet joita suuhygienisti voi tehdä lisäkoulutukset huomioiden. Toimenpiteitä on niin valtava määrä, että ilman ohjeistuksen apua jokin toimenpiteistä olisi voinut jäädä pois kyselystä. Muotoilimme vastausvaihtoehdot niin, että toistettaessa kysely vastaukset eivät olennaisesti muuttaisi saatuja tuloksia. Suuhygienistin työpäivät voivat olla hyvinkin erilaisia keskenään, mutta tarkastelimme toimenpiteiden toistuvuutta pääasiassa viikkotasolla. Tällä voidaan arvioida tutkimuksen reliabiliteettiä.

Webropol oli melko helppokäyttöinen, ja tarkempaa ohjausta sen käyttöön tarvittiin vasta tulosten analysointivaiheessa. Palautetta kyselylomakkeesta pyydettiin pariin otteeseen ohjaavilta opettajilta. Ennen kyselylomakkeen lopullisen version luomista palautetta kerättiin myös kysymys kysymykseltä luokkakavereilta. Palautetta antoi alle kymmenen henkilöä, mutta sen avulla kysely saatiin viilattua lopulliseen muotoon ja kahden kysymyksen paikkaa vaihdettiin palautteen perusteella. Ennen kyselyn lähettämistä, yhtenäistimme vielä kysymysten kieliasut. Oli yllättävän haastavaa muotoilla kysymykset niin, että ne ovat ymmärrettävissä yksiselitteisesti. Testasimme kyselyn vastaamiseen kuluvan ajan, jonka halusimme pitää alle 15 minuutissa, jotta vastaajamäärä ei laskisi tästä syystä. Erityisalojen osatoimenpiteitä koskevien kysymysten vastausvaihtoehdot muodostettiin käyttäen semanttista differentiaalimenetelmää. Valitsimme tässä ääripäiksi päivittäin ja ei lainkaan. Lisäksi sijoitimme skaalan loppuun vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Kysely päätettiin julkaista heti kesäkuun alussa, jotta mahdollisimman moni suuhygienisti olisi vielä töissä eikä kesälomalla. Kyselyn linkki lähetettiin yhteistyökumppaneina toimivien ammattiliittojen toimesta yhteensä 1909 vastaajalle, joista kaikki eivät siis välttämättä olleet klinistä työtä tekeviä suuhygienistejä. On siis vaikeaa arvioida kyselymme luotettavuutta vastaajamäärän perusteella, sillä ei ole todellista tietoa siitä, kuinka moni suuhygienisti Suomessa tekee klinistä työtä. On mahdollista tietää myös, ovatko jotkut vastaajista molempien liittojen jäseniä. Vastaajajoukon monipuolisuutta ja otoksen kattavuutta on myös vaikea arvioida, sillä kysely lähetettiin kaikille Suomen suuhygienisteille eikä vain tarkoin valitulle ryhmälle. Emme saaneet listaa vastaajista tai heidän yhteystiedoistaan missään vaiheessa, joten vastaajien henkilöllisyydet pysyivät meille salassa. Saatekirjeessä mainitsimme, mitä kautta vastaajat saavat vastauslinkin.

Kyselyyn vastasi loppujen lopuksi 355 henkilöä. Kyselyn julkaisuvaiheessa tapahtui kuitenkin virhe, joka saattoi vähentää vastaajamäärää. Ensimmäinen linkki, joka vastaajille lähetettiin, ei toiminut. Onneksi kyselyn toimimattomuuden havainnut henkilö ilmoitti asiasta kuitenkin välittömästi Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry:n vastaavalle henkilölle, jolta saimme tiedon. Korjasimme virheen välittömästi tiedon saatuaamme, ja uusi toimiva linkki lähetettiin vastaajille tunnin sisällä virheellisen linkin lähettämisen jälkeen. Tämä oli harmittava takaisku, ja voimme vain arvailla menetettiinkö virheen vuoksi vastaajia. Toisaalta vastaajat saivat yhden sähköpostin sijasta kaksi sähköpostia liitoilta, mikä saattoi myös herättää vastaajien mielenkiinnon. Kyselyyn vastaamisesta lähetettiin muistutusviesti, mutta niitä olisi voinut olla useampikin, sillä aikaa vastaamiseen oli kuitenkin runsaasti. Loppujen lopuksi vastausaikaa kolme ja puoli viikkoa, sillä linkki ei sulkeutunutkaan automaattisesti, kuten oli tarkoitus. Se suljettiin manuaalisesti kolme päivää myöhemmin saatekirjeessä ilmoitetusta sulkeutumisaikakohdasta.

Kyselylomaketta luotaessa jätettiin pois kysymys, joka koski työtehtävien siirtämistä hammashoitajille. Työnjako oli toki toinen tutkimuskysymys, mutta tutkimuksen rajauksellisista syistä hammashoitajien näkökulma päätettiin jättää pois. Ottamalla tämän huomioon kyselyssämme, olisimme mahdollisesti saaneet laajempaa käsitystä työnjaon kehittämisestä. Tässä tapauksessa meidän olisi varmaankin täytynyt muodostaa koko opinnäytetyö tämän aiheen ympärille, mikä ei tutkimuksen tarkoituksena kuitenkaan ollut. Vastaajien suodattaminen onnistui mielestämme hyvin, sillä ensimmäisen kysymyksen vastauksen perusteella saatiin suodatettua pois ne vastaajat, jotka eivät tehneet pääsääntöisesti klinistä potilastyötä. Saatekirjeestä kävi ilmi, että kyselyyn halutaan vastaajiksi klinistä työtä tekeviä suuhygienistejä, mutta silti 42 suuhygienistiä vastasi kyselyyn vaikka heidän toimenkuvansa ei pääasiassa ollut klininen potilastyö. Tämän osalta kyselyn vastaajat ovat

luotettava otos ja varmasti kliinistä työtä tekeviä suuhygienistejä. Vastauksia analysoidessa huomattiin, että jokaisen erikoisalan toimenpiteiden toistuvuuden kysymisen lisäksi olisi voitu kysyä, tekeekö vastaaja ylipäätään tämän erikoisalan toimenpiteitä. Näin olisi ollut helpompaa saada yleiskuva siitä, kuinka moni tekee kutakin erikoisalaa ylipäätään. Toisaalta moni erikoisala pitää sisälleen luultavasti sellaisiakin toimenpiteitä, joita vastaajat eivät välttämättä suoranaisesti tiedä kyseiselle erikoisalalle kuuluvaksi.

Vastaajien taustatiedoissa päätettiin olla kysymättä myös vastaajan valmistumisvuotta tai työkokemusvuosia. Tämä todettiin vastauksia lukiessa sekä hyväksi että huonoksi ratkaisuksi. Informaatiota saatiin paljon, ja työkokemusvuosien ja valmistumisvuoden lisääminen olisi laajentanut huomattavasti kyselyä vielä entisestään. Kaikkea tietoa ei olisi ollut mahdollista analysoida näin hyvin kuin se nyt onnistui. Lisäksi avoimeen kysymykseen vastanneet selittivät hyvin vastauksissaan työkokemuksen ja valmistumisajankohdan vaikuttavuutta suuhygienistin työnkuvaan. Voimme päätellä, että kysymykset oli muotoiltu riittävän selkeästi ja yksitulkintaisesti, sillä vain harva vastasi kysymyksiin vaihtoehdolla ”En osaa sanoa.”

8.3 Ammatillinen kasvu ja opinnäytetyöprosessi

Päätimme opinnäytetyön aiheen keväällä 2015. Olimme molemmat lähdössä samana keväänä opiskeluvaihtoon, joten aloitimme varsinaisen työskentelyn opinnäytetyön parissa vasta syksyllä 2015. Olimme iloisia saatuaamme yhteistyökumppanit työllemme tukemaan työmme toteuttamista. Oulun ammattikorkeakoulun puolesta ohjaajinamme toimi Anne Kortenieniemi ja Anne Keckman. Heiltä saimme sekä henkilökohtaista ohjausta että työpajatunteihin kuuluvaa ohjausta. Kävimme viestintää sähköpostitse yhteistyökumppaneidemme kanssa, minkä koimme toimivaksi. Aloitimme tekemään rinnakkain sekä suunnitelmaa että tietoperustaa. Näistä ensimmäisenä valmistui kuitenkin opinnäytetyön suunnitelma, jonka lähetimme yhteistyökumppaneillemme keväällä 2016. Saatuaamme heiltä hyväksynnän kirjoitimme yhteistyösopimuksen. Kyselylomakkeemme ensimmäinen luonnos lähti kokeiluun luokkakavereillemme huhtikuussa 2016, josta saimme palautetta. Vastaajien sekä opinnäytetyön ohjaajien palautteiden perusteella korjasimme vielä kyselylomakettamme ennen sen lähettämistä yhteistyökumppaneillemme. Lopullisen kyselyn lähetimme vastaajille kesäkuussa 2016. Aloitimme kirjoittaa raporttia elokuussa 2016.

Opinnäytetyön raporttia kirjoittaessamme ymmärsimme tutkimuksemme lopullisen laajuuden. Raportista tuli mielestämme tietoperustaltaan melko laaja, ja kyselylomakkeen laajuuden vuoksi myös

tulosten tulkintaa täytyi kirjoittaa paljon. Emme kuitenkaan aluksi halunneet rajata aihetta tämän enempää, ja kaksi tutkimuskysymystä on normaali määrä. Etsiessämme lähteitä tietoperustaan, havaitsimme että kovin tuoretta tietoa ei ole saatavilla. Tämä entisestään lisäsi mielenkiintoa aihetta kohtaan. Käytimme kyselylomakkeen pohjana Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:n ohjeistusta, joten emme kokeneet tarpeelliseksi useiden eri lähteiden käyttöä erikoisalojen teorian avaamisessa. Tarvitsimme kyselylomakkeen luomisessa erityisesti tietoa yksittäisistä toimenpiteistä, joita suuhygienisti voi tehdä. Tätä tietoa ei ollut muualta löydettävissä. Lisäksi teorialtieto erikoisalojen sisällöistä ei lähteestä riippuen olennaisesti vaihtelee. Mielestämme ohjeistuksen käyttö kyselymme pohjana ei vaikuta tutkimuksen luotettavuuteen negatiivisesti, sillä se on asiantuntijajärjestön ja suuhygienistien etuja ajavan järjestön laatima.

Kyselylomake lähetettiin laajalle vastaajakunnalle emmekä voineet lyhentää kyselylomaketta tai rajata aihetta enempää. Raportissa pohdimme erityisesti sisällysluettelon rakennetta, ja päätimme jättää tekstiin luettavuuden kannalta väliotsikoita, joita ei sisällysluettelossa näy. Ilman väliotsikoita luettavuus olisi kärsinyt ja kaikkien otsikoiden merkitseminen sisällysluetteloon olisi johtanut sisällysluettelon sekavuuteen ja liiallisen pituuteen. Mietimme myös tulosten auki kirjoittamisen tarkkuutta. Kirjoitimme auki tulokset melko tarkasti, jotta emme jättäisi mitään mainitsematta. Päätimme kuitenkin kuvioissa käyttää prosenttilukemia lisäkeinona tulosten havainnollistamiseen. Johtopäätöksissä käsitelimme tutkimustuloksia vain niistä näkökulmista, jotka olivat mielestämme merkittäviä ja vastasivat parhaiten tutkimuskysymyksiimme. Myös johtopäätösten suhteen haasteena oli tutkimuksen laajuus. Valitsimme johtopäätöksiin lopulta vain tärkeimmät aiheet, vaikka oli vaikeaa jättää yhtään näkökulmaa käsittelemättä, kaikki tulokset tuntuivat syvemmän tutkimisen arvoisilta. Johtopäätökset kuitenkin kertovat tutkimuksemme tuloksesta eniten, ja halusimme tehdä osuudesta mahdollisimman havainnollistavan ja mielenkiintoisen. Tutkimustulosten vertaaminen aikaisempiin tutkimuksiin ja uusien havaintojen käsittely olivat tärkeimmät kohteemme johtopäätöksiä kirjoitettaessa.

Ensimmäinen tutkimuskysymyksemme selvitti sitä, mitä suuhygienisti tekee käytännön työelämässä. Tästä syystä päädyimme muodostamaan kuvaajat, joissa käy ilmi suuhygienistin keskimääräisen työviikon sisältö. Tarkoituksena oli siis tuoda esille mitä erikoisaloja, ja missä suhteessa, keskimääräinen työviikko pitää sisällään. Tästä syystä muodostimme kuvaajat vertaamalla osatoimenpiteiden toistuvuutta joko viikoittain, 2-4 kertaan viikossa ja päivittäin vastausten kokonaisluvuun. Näitä kuvaajia emme saaneet suoraan Webropol-ohjelmasta, joten muodostimme ne itse Powerpoint-ohjelmalla. Valitsimme yhtenäisyyden vuoksi kuvaajille mahdollisimman samanlaisen

värimaailman kuin webropolin tarjoamissa kuvaajissa. Laitoimme työhön liitteeksi kyselylomakkeen. Alkuperäisessä kyselyssä käytimme suuria vastausruutuja, jotta vastaaminen myös mobiililaitteilla onnistuisi. Asetuksellisista syistä muokkasimme kyselyn vastausruudut kuitenkin alkuperäistä pienemmiksi tähän raporttiin.

Opinnäytetyöprosessin aikana käsityksemme suuhygienistin työnkuvasta selkiytyi. Opiskelujen alussa ja opinnäytetyön aihetta valitessamme emme oikein tiedäneet, mitä suuhygienisti loppujen lopuksi työkseen tekee. Tämä oli yksi syy siihen, miksi aiheen valitsimme. Meistä myös tuntui, että työnjako ei käytännön harjoitteluiden perusteella ollut sillä tasolla, mitä opintojen perusteella oli annettu ymmärtää. Opinnäytetyömme ansiosta ymmärryksemme suuhygienistien työnkuvan vaihtelevuutta kohtaan on lisääntynyt huomattavasti. Nyt ymmärrämme, mistä työpaikkakohtaiset tai jopa alueelliset erot suuhygienistien työnkuvassa voivat johtua ja meillä on käsitys siitä, mihin suuntaan työnkuva voisi kehittyä tulevaisuudessa. Tämä ymmärrys mahdollistaa myös toivottavasti tulevaisuudessa suuhygienistin työnkuvan kehittämistä työyhteisöissä tarpeen vaatiessa.

Tutkimuksen tekeminen selkeytti myös sitä, mitä toimenpiteitä saamme valmistuttuamme tehdä ja millaista lisäkoulutusta on mahdollista saada halutessaan. Käytännön harjoitteluissa meiltä usein udeltiin sitä, mitä nykykoulutuksella saa tehdä ja mistä tulisi pyytää lisäpalkkaa erityisosaamisen perustein. Tähän kysymykseen vastaaminen on edelleen mahdotonta, sillä selviä linjauksia ei aiheesta ole tehty valtakunnallisesti. Toivoisimme jatkossa kaikkien kyselyynkin vastanneiden puolesta selkeämpää ohjeistusta ”sallituista toimenpiteistä”, sillä ei ole olemassa tarkkoja rajoja toimenpiteiden suhteen- jokainen suuhygienisti tekee henkilökohtaisen osaamisensa mukaan. Lopputulema siis on, että jotkut suuhygienistit tekevät työkokemuksensa ja lisäkoulutusten johdosta laajemmin kuin toiset. Tämä tuntuu aiheuttavan eriarvoisuuden tunteita työelämässä. Tutkimuksien tuloksia lukiessamme koimme tavallaan myös pettymyksen tunteita; suuhygienistien työnkuva ei ollut juurikaan laajentunut edellisistä tutkimuksista ja työnjaossa ei valtakunnallisella tasolla ollut paljoakaan edistystä tapahtunut. Myös palkka-asioissa epäoikeudenmukaisuuden kokeminen harmitti vastanneiden suuhygienistien puolesta. Näitä asioita toivoimme tutkimuksemme tuovan pinnalle. Monessa yhteydessä tulee esiin tarve työnjaon kehittämiseen, mutta kenties kehittämistyötä helpottaa nykyhetken tunteminen.

Opinnäytetyö poikkesi huomattavasti aiemmista koulutuksemme aikana tekemistä töistä. Vaikka korkeakouluopiskelu sisältääkin paljon itsenäistä työskentelyä, on opinnäytetyö silti tähänastisista töistä eniten omaa työpanosta ja itsenäistä suunnittelua vaatinut työ. Teimme opinnäytetyömme

työparina, joten prosessi opetti myös ryhmätyötaitoja ja organisointikykyä. Opinnäytetyön tekeminen on opettanut meille työskentelyä tutkimuksen parissa. Kvantitatiivinen työmenetelmä on tullut erittäin tutuksi. Samalla olemme tutustuneet myös kvalitatiiviseen menetelmään, kun olemme pohjineet parasta mahdollista menetelmää tutkimuksellemme. Projektityöskentelyssä aikataulut usein elävät ja venyvät. Näin kävi myös meidän työssämme. Onnistuimme kuitenkin säilyttämään työn loppuun asti saman innon ja mielenkiinnon, mikä ajoi meidät aikanaan työskentelemään tämän aiheen parissa.

LÄHTEET

- Aaltonen, A. 2007. Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Amemori, M. 2016. Leukanivel- ja puremalihhasvaivojen (TMD) hoito. Viitattu 30.9.2016, <https://fi.web-dento.com/purentafysiologinen-hoito/#purentakisko>
- Bernie, K. 2013. Professional Whitening: The Role of the Dental Hygienist. Viitattu 20.10.2016, <http://www.rdhmag.com/content/dam/rdh/print-articles/Volume%2033/Issue%205/1305RDH065-072.pdf>
- Eskola H. & Tölli P. 2000. Suuhygienistin työnkuva yksityissektorilla. Oulu: Oulun ammattikorkeakoulu.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus kosmeettisista valmisteista 1223/2009. Viitattu 20.10.2016, <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX:02009R1223-20150716>
- Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairastakuutuslain muuttamisesta 61/2009. Viitattu 20.1.2016, <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2009/20090061>
- Hentunen, A.; Huurinainen, E.; Joutsennniemi, A.; Kirjavainen, K. & Korpisaari, J. 2012. Kuntasektorin suuhygienistin työtehtävät ja vaativuustasot. Suomen suuhygienistiliitto SSHL ry ja Akavan erityisalat. Helsinki 2012. Viitattu 29.9.2015, <http://www.suuhygienistiliitto.fi/wp-content/uploads/TVA.pdf>.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2002. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Kamppi S. & Vihanto M. 1999. Suuhygienistin ammatillinen toiminta-alue yksityisellä ja julkisella sektorilla. Suuhygienisti 1/2000 30-32.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. JAMK julkaisuja.
- Kananen, J. 2008. KVANTTI - Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Karjalainen, H.; Turunen, S. & Murtomaa, H. 2010. Työnjako hammashuollossa. Suomen Hammaslääkärilehti. 9/2010 22–27.
- Klefbom ,C.,Wenestam ,C. Wikström, M. 2005. Vad får tandhygienister göra? Tandläkartidningen 10/2005, 66-68. Viitattu 25.9.2016, <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:292116/FULLTEXT01.pdf>

Kustannus oy Duodecim 2015. Terminologian tietokannat. Lääketieteen termit. Sisäinen lähde. Viitattu 9.12.2015, [Http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti](http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti)

Kvantimotv 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 3.2.2016, <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Käypä hoito -suositus 2014a. Karies (hallinta). Viitattu 9.12.2015, <Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?Id=hoi50078#s5>

Käypä hoito –suositus 2013. Lyhentyneen hammaskaaren hoito. Viitattu 30.9.2016, <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50094>

Käypä hoito -suositus 2014a. Parodontiitti. Viitattu 9.12.2015, <Http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?Id=hoi50086>

Laaksovirta, H., Laine, S., Maja, M. 1999. Suuhygienisti työelämän rakennemurroksessa- visio tulevaisuuteen. Suuhygienisti 1/2000 28.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 28.6.1994/559.

Lilja-Lepistö, T-M., Heikka, H. & Virtanen, J. 2015. Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien yhteistyötä tulisi harjoitella jo koulutusaikana. Suuhygienisti 4/15 24.

Niemelä N. 2016. Suuhygienistin tulevaisuuden osaaminen. Oulun ammattikorkeakoulu.

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Opinnäytetyö. Viitattu 3.10.2016, https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/114835/Niemela_Noora.pdf?sequence=1

Niiranen, T. & Widström, E. 2005. Suuhygienistin työnkuva Suomessa. Suomen Hammaslääkärilehti. 20/2005 1184-1186.

Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon: Koulutuksesta valmistuvien ammatillisen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Viitattu 29.9.2015, <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>.

Oulun ammattikorkeakoulu 2015. Ammattikorkeakoulututkintoon johtava koulutus, suuhygienisti. Viitattu 9.12.2015, <Http://www.oamk.fi/fi/koulutus/amk-tutkintoon-johtava-koulutus/suuhygienisti/>

- Paunonen M., Vehviläinen- Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Porko C. 2014a. Kotivaalennus kiskoa käyttäen. *Therapia Odontologica*. Sisäinen lähde. Viitattu 9.12.2015, http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/avaa?p_artikkeli=tod13052&p_haku=valkaisu
- Porko C. 2014b. Vaalennus vastaanotolla. *Therapia Odontologica*. Sisäinen lähde. Viitattu 9.12.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/avaa?P_artikkeli=tod13053&p_haku=valkaisu
- Ronkainen S., Karjalainen A. 2008. Sähköä kyselyyn! Web- kysely tutkimuksessa ja tiedonkeruussa. Lapin yliopistopaino, Rovaniemi.
- Roos, M. 2014a. Suuhygienisti suun terveydenhuollossa. Sisäinen lähde. Viitattu 20.10.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod29010&p_haku=Suuhygienisti%20suun%20terveydenhuollossa
- Roos, M. 2014b. Suuhygienistin ammatillinen osaaminen. Sisäinen lähde. Viitattu 20.10.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod29010&p_haku=Suuhygienisti%20suun%20terveydenhuollossa
- Roos, M. 2014c. Suun terveydenhoitotyön osaaminen. Sisäinen lähde. Viitattu 20.10.2016, http://www.terveysportti.fi/dtk/tod/koti?p_artikkeli=tod29010&p_haku=Suuhygienisti%20suun%20terveydenhuollossa
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Suun terveyttä koko väestölle 2013. Viitattu 8.12.2015, [Http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126170/RAP_2013_39_SUTE_verkkoversio%20271113.pdf?Sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126170/RAP_2013_39_SUTE_verkkoversio%20271113.pdf?Sequence=1).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015a. Terveyspalvelut. Viitattu 17.12.2015, [Http://stm.fi/terveyspalvelut](http://stm.fi/terveyspalvelut)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2015b. Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Viitattu 17.12.2015, [Http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut](http://stm.fi/yksityiset-sotepalvelut)
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä 2.12. 2010/1088.
- Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry 2016. Tietoa ammatista, hammashoitajan ja lähihoitajan toiminta ja tehtävät. Viitattu 25.9.2016, <http://www.stal.fi/tietoa-stal-sta/hammashoitajat/tietoa-ammattista/>
- Suun Terveystieteiden Ammattiliitto STAL ry 2012. Kosmetiikkadirektiivillä ei vaikutusta suuhygienistiyrittäjien toimintaan. Viitattu 20.10.2016, <http://www.stal.fi/?x18668=91964>

Suun Terveysthoidon Ammattiliitto STAL ry 2011. Suuhygienistin koulutus. Viitattu 20.10.2016, <http://www.stal.fi/tietoa-stal-sta/suuhygienistit/suuhygienistin-koulutus/>

Suomen hammaslääkäriliitto 2015. Näin hallitusohjelma vaikuttaa suun terveydenhuoltoon. Viitattu 9.12.2015, <http://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/ajankohtaista/ajassa/nain-hallitusohjelma-vaikuttaa-suun-terveydenhuoltoon#.Vmfc2Lh9672>.

Suomen suuhygienistiliitto SSSL ry 2013. Ammattina suuhygienisti. Viitattu 29.9.2015, <http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/ammattina-suuhygienisti>.

Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry 2016. Suuhygienistikoulutus. Viitattu 20.10.2016, <http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/suuhygienistikoulutus/>

Tandhygienistförening 2014. Tandhygienistutbildning. Viitattu 25.9.2016, <http://www.tandhygienistforening.se/yrket/utbildning/>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2013. Viitattu 29.2.2016, https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129581/Tr26_15.pdf?sequence=1

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia. Viitattu 2.12.2015, <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110501/terveydenjahyvinvoinnintulevaisuuksia.pdf?Sequence=1>

Tilastokeskus 2016. Käsitteet ja määritelmät. Numeerinen havaintoaineisto. Viitattu 20.10.2016, http://www.stat.fi/meta/kas/num_havaintoain.html

Tilastokeskus 2015a. Käsitteet ja määritelmät. Julkinen sektori. Viitattu 17.12.2015, [Http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html](http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html)

Tilastokeskus 2015b. Käsitteet ja määritelmät. Yksityinen sektori. Viitattu 17.12.2015, [Http://www.stat.fi/meta/kas/yksityinen_sekt.html](http://www.stat.fi/meta/kas/yksityinen_sekt.html)

Tseveenjav, B., Virtanen, JI., Wang, NJ. & Widström, E. 2009. Working profiles of dental hygienists in public and private practice in Finland and Norway. International Journal of Dental Hygiene. Viitattu

26.5.2016, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-5037.2008.00314.x/pdf>.

Turner, S., Ross, M. K. & Ibbetson, R. J. 2011. Dental hygienists and therapists: how much professional autonomy do they have? How much do they want? Results from a UK survey. *British Dental Journal*. Viitattu 23.9.2016, <http://www.nature.com/bdj/journal/v210/n10/full/sj.bdj.2011.387.html>.

Valtioneuvoston asetus lääkkeen määräämisen edellyttämästä koulutuksesta 1089/2010.

Valtionalouden tarkastusvirasto 2016. Työnjaon kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Lönnberg print & promo. Viitattu 23.9.2016, https://www.vtv.fi/files/4998/1_2016_Tyonjaon_kehittaminen_sosiaali_ja_terveydenhuollossa.pdf

Vehkalahti K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Oy Finn Lectura Ab.

Vilkka, H. 2015a. Tutki ja kehitä. Juva: PS-kustannus.

Vilkka, H. 2015b. Tutki ja mittaa. Viitattu 11.9.2015, <http://hanna.vilkka.fi/wp-content/uploads/2014/02/Tutki-ja-mittaa.pdf>.

Walsh, M. & Darby, M. 2014. Dental Hygiene: Theory and Practise. Viitattu 20.10.2016, https://books.google.fi/books?hl=fi&lr=&id=K_ULBAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=teeth+whitening+dentist&ots=8DaFlexpzzv&sig=i1oCNchqsJOlyCEN68eLCRh_rMs&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false

Widström, E. 2009. Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa. Viitattu 9.12.2015, <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80142/7d0e5ef6-fe16-475c-b2e1-54979f48d2ad.pdf?Sequence=1>.

Hei kliinistä työtä tekevä suuhygienisti!

Tarvitsemme sinua vastaajaksi Webropol-kyselyymme, jonka tarkoituksena on luoda tuoretta tilastoa suuhygienistin kliinisestä työnkuvasta sekä työnjaosta hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välillä. Luodaksemme mahdollisimman kattavan ja luotettavan tilaston aiheesta, pyytäisimme sinua vastaamaan kyselyymme alla olevan linkin kautta.

Kyselyyn **vastaamiseen menee noin kymmenen minuuttia** ja se sisältää ainoastaan **monivalintakysymyksiä** siitä, millaisia toimenpiteitä suuhygienistin työnkuvaan kuuluu ja kuinka usein kyseisiä toimenpiteitä tehdään. Kyselyn loppuosassa on kaksi kysymystä työnjaon toteutumisesta hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välillä sekä mahdollisista kehittämiskohteista työnjaossa.

Olemme kaksi suuhygienistiopiskelijaa Oulun ammattikorkeakoulusta ja tämä kysely on osa opinnäytetyötämme. Kysely toteutetaan valtakunnallisesti. Yhteistyökumppanimme opinnäytetyössä toimivat Suun Terveysterveystieteiden Ammattiliitto Stal ry sekä Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry. **Vastauksenne tulkitaan anonymisti**, eikä vastauksianne käytetä muihin tarkoituksiin kuin opinnäytetyöhömmme.

Vastausaikaa on perjantaihin 24.6. klo 12 asti. Kiitos jo etukäteen kaikille vastaajille ja hyvää kesän alkua!

Terveisin,
Pauliina Näppilä & Eveliina Tyrväinen
Oulun ammattikorkeakoulu

Suuhygienistien kliiniset toimenpiteet käytännön työelämässä

1. Teetkö yli 50% työajasta kliinistä potilastyötä suuhygienistinä? *

- ☐ Kyllä
- ☐ En
- ☐ En osaa sanoa

2. Sukupuolesi? *

- ☐ Nainen
- ☐ Mies

3. Pääasiallinen työnantajasi tällä hetkellä? *

- ☐ Yksityinen sektori
- ☐ Julkinen sektori
- ☐ Olen yrittäjä/itsenäinen ammatinharjoittaja
- ☐ Muu työnantaja, mikä? _____
- ☐ En ole työsuhteessa vastaamishetkellä

4. Kuinka usein avustat hammaslääkäreitä/erikoishammaslääkäreitä? *

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-4 kertaa viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ 2-4 kertaa kuukaudessa
- ☐ Kerran kuukaudessa
- ☐ Harvemmin
- ☐ Ei lainkaan
- ☐ En osaa sanoa

5. Kuinka usein hammashoitaja avustaa sinua työssäsi? *

- ☐ Päivittäin
- ☐ 2-4 kertaa viikossa
- ☐ Kerran viikossa
- ☐ 2-4 kertaa kuukaudessa
- ☐ Kerran kuukaudessa
- ☐ Harvemmin
- ☐ Ei lainkaan
- ☐ En osaa sanoa

KARIOLOGIA

6. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päi- vit- tään	2-4krt vii- kossa	kerran vii- kossa	2-4 krt kuu- kau- dessa	kerran kuu- kau- dessa	har- vem- min	ei lain- kaan	en osaa sanoa
Pastapuhdistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluorikäsittely	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Plakkivärjäys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinnoitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kariologinen tar- kastus alle 18- vuotiaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kariologinen tar- kastus yli 18- vuo- tiaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravintoanamneesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sylkitesti ja /tai syljen erityсно- peuden arviointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paikkaylimää- rän/paikka-alimää- rän hiominen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Väliaikaisen täytteen asettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pysyvän täytteen asettaminen(yhdistelmämuovi tai amalgaami)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bite-wing kuvaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksittäisen hammaskuvan ottaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortopantomografian ottaminen (OPTG-kuvaus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon ohjaus kariesriskipotilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARODONTOLOGIA

7. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuukaudessa	kerran kuukaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Hammaskiven poisto ultraäänilaitteella	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaskiven poisto käsi-instrumentein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaskiven poisto alle 6mm ientaskusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaskiven poisto 6mm tai syvemmästä ientaskusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pintapuudutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Infiltraatiopuudutus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Soodapuhdistus/Jauhepuhdistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parodontologisen statuksen itsenäinen kirjaaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakteerinäytteenotto ientaskusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon ohjaus kiinnityskudossairautta sairastavalle potilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ORTODONTIA

8. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päivittäin	2-4krt viikossa	kerran viikossa	2-4 krt kuu-kaudessa	kerran kuu-kaudessa	harvemmin	ei lainkaan	en osaa sanoa
Alginaattijäljennös	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Purentaindeksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mallien valaminen ja/tai hionta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Separointikumin laitto/poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renkaiden sovitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Renkaiden sementointi/poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oikomispotilaan kliininen valokuvaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Retentiokaaren muotoilu, kiinnitys ja/tai poistaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ensiapu oikomis- hoidon potilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiinteän oikomis- kojeen kaaren ir- roitus ja/tai uudel- leen kiinnitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oikomiskojeen aktivointi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Palatinaali- tai lin- gualikaaren kiin- nitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiinteän oikomis- kojeen purkami- nen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suun ulkopuolisen vedon käytön ope- tus(niska- tai kombiveto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kiinnikkeen pai- kan määrittäminen ja kiinnitys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon ohjaus oikomishoidon potilaalle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SUUKIRURGIA JA PARENTAFYSIOLOGIA

9. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päi- vit- tään	2-4krt vii- kossa	kerran vii- kossa	2-4 krt kuu- kau- dessa	kerran kuu- kau- dessa	har- vem- min	ei lain- kaan	en osaa sanoa
Ompeleiden poisto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirurgisen pastan asettaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Purentakiskon hi- onta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leukajumpan oh- jaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kotihoidon oh-
jaus purentafy-
siologian/suuki-
rurgian potilaalle

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

PROTETIIKKA

10. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päi- vit- tän	2-4krt vii- kossa	kerran vii- kossa	2-4 krt kuu- kau- dessa	kerran kuu- kau- dessa	har- vem- min	ei lain- kaan	en osaa sanoa
Proteesin paino- kohdan hionta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pinteiden kiristys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proteesin väliai- kainen pohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotihoidon oh- jaus proteesien käytöstä/puhdis- tamisesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

VALKAISUT

11. Kuinka usein työtehtäviisi kuuluu seuraavia toimenpiteitä? *

	Päi- vit- tän	2-4krt vii- kossa	kerran vii- kossa	2-4 krt kuu- kau- dessa	kerran kuu- kau- dessa	har- vem- min	ei lain- kaan	en osaa sanoa
Hampaiden val- kaisu vastaan- otolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jäljennökset val- kaisukiskoa var- ten/ valkaisukis- kon valmistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotivalkaisun ohjeistus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kotihoidon oh-
jaus ennen val-
kaisua/valkaisun
jälkeen

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

TYÖNJAKO HAMMASLÄÄKÄREIDEN JA SUUHY- GIENISTIEN VÄLILLÄ

12. Tässä on muutamia väittämiä hammaslääkäreiden ja suuhygienistien työnjaosta. Vastaa sen perusteella, miten koet väittämien pitävän paikkansa työyhteisössäsi *

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Ei sa- maa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
Suuhygienistin koulu- tus on tarpeeksi kattava työnkuvaani nähden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koen tarvetta lisäkou- lutukseen selvittääkseni nykyisistä työtehtävis- täni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suuhygienistinä saan hyödyntää monipuoli- sesti koulutukseni tuo- maa osaamista työssäni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työnkuvani suuhygie- nistinä on mielestäni jo nyt riittävän monipuo- linen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen halukas tekemään monipuolisemmin työ- tehtäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaslääkärit työyh- teisössäni luottavat suuhygienistien osaa- miseen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hammaslääkärit teke- vät liikaa suuhygienis- tin työnkuvaan kuulu- via työtehtäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Työnjakoa työyhteisössäni hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä olisi tarpeen kehittää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työyhteisössäni työskentelee riittävän monta suuhygienistiä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Työnjako/hoitoon pääsy parantuisi, jos yhteisöni palkattaisiin useampi suuhygienisti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nykyinen työnjako edistää potilaiden hoitoon pääsyä parhaalla mahdollisella tavalla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uskon, että tulevaisuudessa suuhygienistille siirretään enemmän hammaslääkärin tekemiä työtehtäviä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Monipuolinen työnkuva edistää työssä jaksamista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Suuhygienistien toimenpidepalkkiot tulisi ottaa käyttöön kaikkialla Suomessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TYÖNJAKO HAMMASLÄÄKÄREIDEN JA SUUHYGIENISTIEN VÄLILLÄ

13. Kuinka tyytyväinen olet työtehtävien työnjakoon hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välillä työyhteisössäsi? *

- ☐ Erittäin tyytyväinen
- ☐ Melko tyytyväinen
- ☐ Melko tyytymätön
- ☐ Tyytymätön
- ☐ En osaa sanoa

14. Vapaa sana:
